ZENTRALBLATT FÜR PSYCHOTHERAPIE

UND IHRE GRENZGEBIETE EINSCHLIESSLICH DER MEDIZINISCHEN PSYCHOLOGIE UND PSYCHISCHEN HYGIENE

ORGAN DER

INTERNATIONALEN ALLGEMEINEN ÄRZTLICHEN

GESELLSCHAFT FÜR PSYCHOTHERAPIE

HERAUSGEBER

PROFESSOR DR. M. H. GÖRING

BERLIN

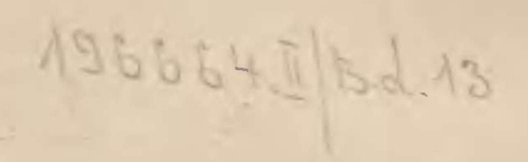


BAND 13 1941

VERLAG VON S. HIRZEL IN LEIPZIG

SCHRIFTLEITUNG:

Dr. med. Rudolf Bilz, Berlin NO 55, Weißenburger Str. 5





Printed in Germany

INHALTSVERZEICHNIS

Kasuistik

Referate

WISSENSCHAFTLICHE AUFSÄTZE

POUL BJERRE:

THEORIE UND PRAXIS IN DER BEHANDLUNGSKUNST

(Die Übersetzung des bei der Schriftleitung in schwedischer Sprache eingegangenen Manuskripts besorgte Frau Clara Kuehnemann.)

Ich wurde einmal von einer Bauersfrau aufgesucht, die dreißig Jahre lang mit ihrem Mann ein ruhiges und friedliches Leben geführt hatte. Nach menschlichem Ermessen dürften die beiden auch die besten Voraussetzungen gehabt haben, in schöner und würdiger Art miteinander zu altern. Ihr Hof umfaßte 70 Morgen Landes, und sie hatten drei Kühe — also gerade so viel, daß sie ihn selbst besorgen und aus ihm gewinnen konnten, was sie brauchten. Sie hatten eine Tochter. Diese hatte ihnen nie Kummer bereitet; nun war sie erwachsen und auswärts im Dienst.

Aber alle Behaglichkeit und alle Möglichkeiten für ein sorgloses Dasein wurden durch eine ätzend nagende Zwangsidee zerstört. Seit acht Jahren verfolgte diese die Patientin tagsüber und ließ ihr nicht einmal in den Nächten Ruhe, und sie zeigte keine Neigung, an Stärke zu verlieren. Eher das Gegenteil — die drei letzten Jahre waren die schwersten gewesen. Sobald sie des Morgens erwachte, wurde sie von Scham, von Gram und Selbstvorwürfen ergriffen. Und dann begann das gleiche Wühlen wie gewöhnlich: „Hätte ich nur nicht meine Stelle aufgegeben und wäre nach Hause gegangen!" Daß der Mann von diesem unaufhörlichen Kreislauf um ein und dasselbe beinahe ebenso gequält wurde wie die Kranke selbst, ist klar.

Die Patientin war in großer Armut aufgewachsen. Ihr Vater hatte seine Jugend als Tagelöhner verbracht und war dann auf einer kleinen Kate seßhaft geworden. Dort wurden neun Kinder geboren. Man hungerte nicht gerade, aber mehr war es auch nicht. Und sobald die Patientin mit der Schule fertig war, mußte sie hinaus und sich selbst versorgen. Sie landete bei einer Küstersfrau, die Unmögliches verlangte und die geradezu boshaft war. Zu dieser Zeit traf sie ihren künftigen Mann und verlobte sich mit ihm. Eines Tages konnte sie es nicht mehr aushalten und verließ ihre Arbeit und begab sich in den Wald. Dort blieb sie müde und gepeinigt sitzen und wußte nicht wohin. Es zog sie nach Hause und zur Mutter, wo sie ausruhen wollte. Und erst nach ein paar Wochen konnte man sie bewegen, in ihre Stelle zurückzu-

kehren und um Entschuldigung für ihre Eigenmächtigkeit zu bitten. Die Angelegenheit wurde im Guten geordnet. Die Hausfrau sah ein, daß sie zuviel verlangt hatte und setzte ihre Forderungen herab. Die Patientin blieb noch ein Jahr bei ihr, dann heiratete sie und dachte nur ab und zu flüchtig an das, was geschehen war. Erst als sie die Fünfzig überschritten hatte, nahm die Erinnerung einen Zwangscharakter an.

Was sie bei dem Gedanken an diesen Selbsturlaub am meisten quälte, das war die Furcht, daß die Leute im Sprengel denken könnten, sie habe mit ihrem Verlobten ein Verhältnis gehabt und habe ihre Stelle verlassen, um mit ihm zusammenleben zu können. Sie beteuerte hoch und heilig, daß sie vor der Ehe niemals mit ihrem Verlobten Umgang gehabt hätte, und als ich sie fragte, ob sie je in dieser Beziehung einem Argwohn begegnet wäre, mußte sie zugeben, daß dies nicht der Fall gewesen war. Sie erzählte umständlich, daß sie Kronbraut gewesen und daß die Kirche voller Leute war, „obwohl doch nur eine arme Viehmagd getraut wurde“. —

Alle, die an der Behandlung von Zwangsideen gearbeitet haben, dürften vor einem Fall dieser Art ein Gefühl der Ohnmacht haben. Man hat immer wieder geglaubt, daß etwas so Barockes doch geregelt werden könnte — und man hat immer wieder erlebt, daß alle Bemühungen vergebens waren. Wie man die Sache auch angriff, der Mechanismus hat mit automatischer Unverbesserlichkeit weiter funktioniert. Wenn man von der intellektuellen Aufklärung zur Untersuchung der unbewußten Struktur der Zwangsbildung übergeht, dann erwartet man, daß die vertiefte Erkenntnis einem Macht über das Böse verleihen wird — in der Regel erlebt man im Gegenteil eine Verstärkung des Ohnmachtsgefühls. Es fällt einem dabei schwer, sich dem Eindruck zu entziehen, daß der Zwangskomplex am ehesten als eine bösartige Geschwulstbildung des Seelenlebens bezeichnet werden muß, deren feinste Verzweigungen mit der Persönlichkeit bis zu dem Grad verwachsen sind, daß sie von dieser nicht zu trennen sind. Anstatt zu Glauben und zu Taten zu inspirieren, wirkt die theoretische Vertiefung lähmend auf die praktische Aktivität — wenigstens im Anfang.

Der erwähnte Fall ist wohl geeignet, diese Dinge zu beleuchten.

Die Mutter der Patientin war gläubig. Sie hatte sich keiner Sekte formell angeschlossen, besuchte aber fleißig verschiedene Gebetshäuser. Sie war eine starke Persönlichkeit und veranlaßte ihren Gatten, seinen Sinn ebenfalls auf Gott zu stellen. Auf diese Weise war das Elternhaus von streng christlichem Geist erfüllt gewesen. Auch wenn es nicht so sein *müßte*, so ist es doch tatsächlich so, daß das Leben unter solchen Verhältnissen von ständig bedrückendem und ständig nagendem Schuldbewußtsein durchsäuert wird, — besonders in einer Umwelt, in der man mit einem Gegengewicht von Kultur

und allgemeiner Menschlichkeit nicht rechnen kann. Wieviele Kinder der Generation, der die Patientin angehört, haben sich nicht angesichts der nagenden Frage der „Sünde wider den hl. Geist“ in den Schlaf geweint? Man kann eine Überempfindlichkeit bei einem Versäumnis der Art, von der die Zwangsbildung ausging, nicht verstehen, ohne sich klarzumachen, was es bedeutet, genau genommen ein Leben lang in der Kategorie des Schuldbewußtseins zu leben. Es gibt wohl keinen Arzt, der die Selbstbeurlaubung der Patientin nicht sanktioniert und ihr ein Attest ausgeschrieben hätte, des Inhalts, daß sie eine Zeitlang dringend der Ruhe bedürfe. Aber trotz des Berechtigten in ihrer Eigenmächtigkeit wäre die Patientin niemals auf den Gedanken gekommen. Es vor sich und anderen zu verteidigen — das wäre Selbstüberhebung, das wäre Sünde wider den heiligen Geist der Demut und Zerknirschung gewesen. Nein, ihr blieb nichts anderes zu tun übrig, als sich ein Leben lang mit dem Kreuz der Pflichtvergessenheit zu schleppen und auf Gnade zu hoffen.

Wie kommt es nun, daß die Zwangsbildung nicht bei Selbstvorwürfen in Verbindung mit dem Verlassen der Stelle haltmacht, sondern sich durch einen nagenden Argwohn ergänzt und sich zu wahrhaftem Zischeln und Tuscheln und verrückten Verfolgungsideen entwickelt? Warum mischt die Patientin das Verhältnis zu ihrem Verlobten unter die Schuldenlast ihres Lebens, obwohl sie sich nichts vorzuwerfen hatte, und obwohl sie zugeben mußte, daß sie bei keinem Angehörigen des Sprengels je auch nur einer Andeutung von argwöhnischen Gedanken begegnet war?

Man sucht vergebens nach einer Antwort auf diese Fragen, solange man sich auf seiner Suche von den Forderungen vernünftiger Motivierung leiten läßt. Denn es handelt sich im tiefsten Grunde um ein ebenso irrationales Weiterwachsen wie bei dem Umsichgreifen einer bösartigen Geschwulst. Nach uralter christlicher Vorstellung sind Schuld und Sexualität so eng miteinander verbunden, daß jede Scheidung etwas Gekünsteltes hat. „Der natürliche Mensch vernimmt nichts von dem, was des Himmelreichs ist“, — unüberbrückbar ist der Gegensatz von Natur-Sexualität zu Geist-Himmelreich. Wenn die Patientin ihren Verlobten liebte und sich nach ihm sehnte, dann machte sie sich des Gerichts und der Strafe schuldig. Das böse Gewissen liegt unter solchen Umständen ständig auf der Lauer und bedient sich begierig jedes in anderem Zusammenhang aufgekommenen Schuldgefühls als Ausdrucksform. Man bezeichnet sinnlose Vorwürfe dieser Art mit Selbstbestrafung. Gewiß, die Patientin bildet sich ein Vergehen ein, um Gelegenheit zur Selbstquälerei zu erhalten, durch die Selbstquälerei von dem bösen Gewissen befreit zu werden und auf diese Weise in den Genuß der Gnade zu kommen. Aber es ist kaum richtig, daß sie selbst dies tut — sie ist vielmehr ein unschuldiges Opfer für gewisse primitive Ideen von Schuld und Gnade, die dem Massen-

bewußtsein seit Jahrhunderten suggeriert worden sind. Die Ohnmacht, die sie in der Zwangskrankheit erlebt, ist zum Teil ein Ausdruck für die Ohnmacht des einzelnen Individuums gegenüber der Kraft der Massensuggestion.

Die intime Verbindung von Schuld und Sexualität ist deshalb so verhängnisvoll, weil sich die Schuld auf diesem Wege bis in das Fundament des Lebens vergiftend einfressen kann. Wenn die Lust, die der Entzündung und dem Wachstum des Lebens folgt, Sünde ist, so ist die logische Folgerung nur die, daß am Leben selbst und an allen seinen Äußerungen etwas von Sünde haftet. Daß diese Folgerung nicht nur in unbestimmten Konturen verläuft, sondern daß sie sich auch zu einer festen und unentrinnbaren Lebenslinie auswachsen kann, das zeigt uns das Studium der Zwangsideenbildung auf eine oft beklemmende Weise.

Schematisch betrachtet ist die Zwangsidee eine leichtverständliche Erscheinung. Dem Zwang, mit dem sich der Trieb dem Menschen aufdrängt, wird von dem Zwang moralischer Wertsetzung begegnet, und das Ergebnis ist ein Kampf gegen Anfechtungen. Als Hilfsmittel in diesem Kampf greift das Unbewußte zu dieser Kulissenbildung: zwischen die anfechtenden lustbetonten Sexualbilder und die normale Persönlichkeit schieben sich Bilder, die den Sexualzwang übernehmen und die gleichzeitig mit dem Schrecken und der Unlust geladen sind, mit denen man jenem die Stange zu halten sucht. Das Bild von der körperlichen Vereinigung wird z. B. von der Vorstellung verjagt, daß man dem, nach dem man sich sehnt, ein Messer ins Herz stößt.

Aber wie kann es einen Zusammenhang zwischen diesem Schema und der Angst der Patientin geben, dem Argwohn ausgesetzt zu sein, daß sie mit ihrem Verlobten Umgang gepflogen habe?

Die Patientin gab selbst Antwort auf diese Frage, als sie während unserer Gespräche immer wieder auf die gleichen lebensvergiftenden Bekümmernisse zurückkam: „Ja, sehen Sie, der Fehler ist der, daß ich nicht viele Kinder bekam. Ich hätte zehn Jungen haben sollen, dann wäre ich niemals krank geworden.“ Es kann nicht genug unterstrichen werden, daß die Zwangsideenbildung nicht nur von Vorstellungen ausgeht, die mit der Befruchtung zu tun haben, sondern auch von anderen Einzelheiten im Erneuerungsprozeß der Natur. Es ist mir aber im Laufe der Jahre immer klarer geworden, daß der Zwang zur Mutterschaft hierbei eine außerordentliche Rolle spielt, ein Umstand, den in seinem vollen Werte einzuschätzen um so viel wichtiger ist, als dieser Zwang sich oft zum Unbewußten hin stark verschiebt und erst nach Analyse im Bewußtsein auftaucht.

Ich stelle mir also vor, daß die Patientin, die aus einer Familie stammt, in der der große Geschwisterkreis von starker Zeugungskraft spricht, selbst mit starken Mutterinstinkten ausgerüstet war. Während der Zeit größter Frucht-

barkeit wurde sie von der Sehnsucht beherrscht, sich dem hinzugeben, den sie fürs Leben erwählt hatte, und ihren Trieb zur Fortpflanzung der Familie befriedigt zu sehen. Aber gegen diesen Zwang des Triebes erhob sich der Zwang des sozialen Verbots, und das Resultat war die Kontroverse, die zur Zeit des Klimakteriums in Form der Zwangskrankheit ausbrach.

Man kann nun fragen, wie es kam, daß die Ehe die Kontroverse nicht löste, und warum die Patientin nicht mit der Kinderschar gesegnet wurde, die sie ersehnte. Die Antwort kann natürlich in diesem oder jenem körperlichen Mangel liegen. Aber die Ursache zu der relativen Sterilität kann auch eine Nachwirkung der sexuellen Verkrampfung sein, in die die Patientin getrieben wurde, da sie während ihrer Jugendzeit nicht gebären durfte, obwohl sie sich mit Körper und Seele danach sehnte, zu gebären. Ich würde dies nicht als Möglichkeit vorbringen, wenn ich nicht immer wieder Gelegenheit gehabt hätte, in meiner Praxis analoge Vorgänge mit voller Greifbarkeit zu konstatieren. In den extremen Fällen findet die in religiösen Vorurteilen wurzelnde Sexualverkrampfung einen direkt körperlichen Ausdruck in Form eines Scheidenkrampfes, der ein eheliches Zusammenleben zur Unmöglichkeit macht. In anderen Fällen stößt man auf schmerzvolle Krampfzustände in den inneren Organen mit der natürlichen Folge eines Sichwehrens gegen alles, was mit dem Zusammenleben zu tun hat. Da liegt es auf der Hand, zu vermuten, daß in wieder anderen Fällen Störungen und Hemmungen des Prozesses geschehen, der mit der Befruchtung zu tun hat. Den direkten Beweis dafür, daß dies wirklich vorkommen kann, erhalten wir in den Fällen, da es gelingt, durch Behandlung die Verkrampfung zu lösen mit der Folge, daß nach Jahren der Sterilität Schwangerschaft eintritt. Ich persönlich bin davon überzeugt, daß keine Frage eine so große Rolle für das Sinken der Geburtenziffer spielt wie eben diese — und daß es infolgedessen niemals gelingen wird, zu einer Erhöhung der Geburtenziffer zu kommen, ehe diesbezügliche Probleme gelöst werden.

Die oben zitierte Äußerung der Patientin über die zehn Jungen verrät, daß sie an einem lebensvergiftenden Konflikt litt. Wie kommt es dann, daß dieser Mangel sich erst im Klimakterium als Zwangskrankheit konstituierte? Die Antwort liegt auf der Hand: erst da wurde der Konflikt unlösbar. Vor dem unentrinnbaren Hinsterben der Möglichkeit zu gebären, wurden die verdrängte Sehnsucht und Jahrzehnte der Enttäuschung aktuell — und gleichzeitig wurden die Gegenmaßnahmen in die Höhe getrieben. Die Kontroverse ward offenbar und wurde zu einer Macht, die alles andere aus dem Bewußtsein verdrängte. Gram und Verzweiflung drängten sich ihr auf aus instinktiven Tiefen: hättest du dich in deiner Jugend deinem Liebsten hingegeben, so hättest du so viele Kinder bekommen wie du wolltest. Aber gleichzeitig erhob sich

die Furcht vor dem Urteil der Gesellschaft, womit sie der Anfechtungen sich erwehrt hatte, und die üble Nachrede der Menschen wurde zu einer greifbaren Wirklichkeit. Der unterdrückte Triebzwang gab den sich aufdrängenden Besorgnissen solche Kraft, daß sie Einbildungen und Tatsachen nicht mehr unterscheiden konnte. So landete sie in dem unablässigen Wühlen in ein und derselben schreckerfüllten Vorstellung.

Mit dem Gesagten kommt man trotz alledem nicht zu dem wesentlichen Charakteristikum der Zwangsideenbildung: der Wiederholung.

Es ist gewiß richtig, daß der Trieb an sich von ständiger Wiederkehr gekennzeichnet ist. Wenn man sich eine gewisse Zeitlang der Nahrung enthalten hat, macht sich der Nahrungsbedarf des Körpers bemerkbar, und wird er nicht befriedigt, so wächst der Hunger zu einer zwingenden Macht heran. Hinter dieser Wiederholung liegt eine Naturnotwendigkeit; der Zwang verschwindet mit seiner Befriedigung, und man kann durch periodische Regelung des Bedarfs verhindern, daß Hunger entsteht. Ganz anders verhält es sich mit der Wiederholung des Zwangsphänomens: hier gibt es keinen ähnlichen Weg zur Befreiung. Was auch die Patientin sich vornahm, die Zwangsideen fuhren fort zu mahlen. Abgeschnitten vom Lebensstrom, war sie unerreichbar für alle vorbeugenden Maßnahmen und Schritte. Man könnte sagen, daß die Naturnotwendigkeit, die sich hinter dem Triebzwang verbirgt, die Periodizität des Lebensverlaufs ist und daß wir in der Zwangsideenbildung im Gegensatz hierzu vor das ewig unabänderliche Kreisen des Todesverlaufs gestellt werden.

Ebenso sicher wie wir einst geboren wurden und einst sterben werden, leben wir während unserer Wanderung zwischen Wiege und Grab in einer ständigen Spannung zwischen Tod und Erneuerung. Diese Spannung kann in Zeiten harmonischer Lebensentfaltung einen gewissen Ausgleich erfahren, und sie kann zu anderen Zeiten in der Farblosigkeit des Alltags erschlaffen. Aber es gibt auch kritische Punkte, wenn die Spannung bis oder über das Fassungsvermögen steigt. Wie ich oft hervorgehoben habe, entstehen die Neurosen im allgemeinen an derartigen Wendepunkten: was man lassen muß, das steht gegen das, was man erreichen muß. Diese Regel gilt besonders für Zwangsneurosen. Die hinsterbende Lebensform bleibt mit der unabänderlichen Kraft eingewurzelter Gewohnheit bestehen. Ob man als neuer Mensch aus der Krise hervorgeht, das hängt letzten Endes von dem Vermögen zur Erneuerung und Assimilierung der Vergangenheit ab. Je mehr dieses Vermögen in Ursprünglichkeit und Unmittelbarkeit bewahrt wurde, desto gesicherter sind wir gegen Neurosebildung, und je tieferen Schaden es erlitt, desto größer ist die Gefahr, daß wir, anstatt dadurch aus der Krise als freiere Menschen hervorzugehen, dieser oder jener Zwangsform anheimfallen.

Es gibt zwei Wendepunkte, die an Bedeutung andere zu überragen pflegen: die Pubertät und das Klimakterium. Zu der Zwangskrankheit der Patientin wurde der Grund gelegt, als sie zur Zeit des stärksten Jugendaufschwungs des Triebes und der Mutterinstinkte der harten Hemmung der sozialen Forderung ausgesetzt war. Daß die Zwangsideen um diese Periode kreisten, ist letzten Endes ein Ausdruck für die vernichtende Wirkung, die das Einklemmen in gewisse stereotype Formen ausübt. Hätte diese Frau ein Leben mit kulturellen Erneuerungsmöglichkeiten führen können, wäre es vielleicht nicht zur Krankheit gekommen. In einer Lebensform von der Art, um die es hier ging, ist genau genommen das Kind der einzige Weg zur Erneuerung, und wenn der Weg zu ihm verschlossen ist, bleibt nichts anderes übrig als das Einerlei des Alltags und der aus ihm sich ergebende Grundton mechanischer Wiederholung. Es ist nicht verwunderlich, daß das Klimakterium, das neuen Lebenszuschüssen ein Ende setzt, zur Krise wurde, aus welcher sich mit seelischer Beweglichkeit zu retten der Patientin nicht gelang, stattdessen kam es zu definitivem Erstarren in den seit langem vorbereiteten Zwangsformen. Je mehr man sich auf diese Weise theoretisch in den Fall vertieft, desto mehr nimmt das Gefühl der Ohnmacht zu; an welchem Punkt man auch immer mit einer Behandlung einsetzen will, man glaubt doch vor einer Unveränderlichkeit zu stehen, die durch nichts erschüttert werden kann. Die Krankheit wirkt beinahe wie das konsequente Schlußresultat einer Schicksalsbestimmung, die von Beginn an vorhanden war und die bis zum Schluß vorhanden sein muß — eine Behandlung kann höchstens den Sinn haben, zu der Kraft, das Unentrinnbare zu tragen, zu verhelfen.

Aber es gilt hier, die Mangelhaftigkeit aller Theorien nicht zu vergessen und die ewige Wahrheit zu bedenken, daß die Wege des Lebens unberechenbar sind. Wenn man sich trotz allem an eine Behandlung macht, die nichts Geringeres als die radikale Befreiung von der Krankheit und die Eroberung der geistigen Freiheit erstrebt, so liegt darin weder Verblendung noch Überhebung, — man handelt nur als praktischer Arzt und sucht wie jeder von ihnen Wege für das Bestreben nach dem Selbstaufbau und der Selbsterlösung zu finden, die im Leben beschlossen liegen.

Die Behandlung der Patientin stieß zunächst auf die Schwierigkeit, daß ihre Zeit besonders beschränkt war. Die Patientin hatte gedacht, am nächsten Tage nach Hause zurückfahren zu können. Sie hatte sich vorgestellt, daß die Zwangsidee für immer fortgeblasen wäre, sobald sie mein Zimmer verlassen hatte, und sowohl sie selbst wie die Verwandte, bei der sie während ihres Stockholmer Aufenthaltes wohnte, waren enttäuscht, als sie hörten, daß sich das nicht tun ließ. Nach vielem Parlamentieren bewog ich die Patientin, eine Woche zu bleiben. Die vier ersten Besuche wurden zu aufklärenden Gesprä-

chen verwandt und die drei letzten zu hypnotischer Behandlung. Beim Abschied bat ich die Patientin, mir nach vierzehn Tagen zu schreiben und über das Ergebnis zu berichten. Nach einem Monat empfing ich folgenden Brief:

„Herr Docktor Bjärre.

Ich will hiermit Herrn Docktor einige Zeilen senden, damit Herr Docktor weiß, wie mein Zustand jetzt ist. Ich hätte ja eigentlich, wie verabredet, nach vierzehn Tagen schreiben sollen. So bitte, verzeihen Sie mir. Ich fühle mich sehr wohl, und ich glaube, daß ich mit Gottes Hilfe Gott mehr einverleibt werde, und er, der der große Arzt ist, sein Werk durch den Glauben vervollkommnen wird. Ich bin Gott so dankbar, daß er mir Herrn Docktor in den Weg gesandt, so daß ich in Behandlung kam. Ich fühle mich wie neugeboren, und ich glaube, daß ich auch fernerhin gesund sein werde. Gott lohne Herrn Docktor, was er an mir getan hat. Ich arbeite jetzt mit Lust, und all das Fürchterliche ist vorbei, und mein liebes Heim ist eine Freude für mich. Ein Heim, um das ich acht Jahre lang gebetet habe. Und Gott ordnete alles, und mein Mann bekehrte sich, und Gott ist Zeuge für die Reinheit unserer fast vierjährigen Bekanntschaft. Dann war ich Braut mit der Goldkrone in der Kirche meines Heimatorts, und die Kirche war voller Leute, also waren die Leute nicht empört, obwohl ich einen kleinen Seitensprung gemacht habe, wie Herr Docktor weiß. Gewiß wars Satan, der zerstören wollte, so daß es nicht gut sein sollte, daß der Mann bekehrt war. Ich spreche zu Herrn Docktor als zu einem g e i s t i g e n V a t e r, und es tut so wohl, mit Herrn Docktor zu sprechen. Dann fühlte ich Jesus, wie er in mein inneres Leben eingriff. Seine Hand fühlte ich so lebendig, daß die Krankheit weichen mußte. Gott sei gepriesen. Mein Mann dankt Herrn Docktor so innig für alle Hilfe, die wir empfingen.

Gott segne Herrn Docktor Bjerre. Jenes Bibelzitat steht im Brief an die Ebräer, 13. Kap. 4. Vers. Die Bibel, in der wir es fanden, ist von 1906. Mein Mann und ich haben es heute entdeckt."

Wenn man vor einer so tiefgreifenden und überraschenden Wandlung steht, kann man nicht umhin, sich zu fragen, wie dies zugegangen — man muß hinter den Verlauf kommen, um die Erfahrung ins Behandlungsschema einfügen und sie auf andere Fälle anwenden zu können. Man stellt die Frage und bemüht sich mit ihrer Lösung, obwohl man im voraus weiß, daß eine Antwort nicht erhalten werden kann. Man kann eines nach dem anderen heranziehen, das von Bedeutung für den Behandlungseffekt war, aber zum Schluß wird man doch vor dem Faktum stehen, daß es um etwas geht, was „mit einem Menschen geschah", und daß dies Geschehen ein Ausfluß des kosmischen Geschehens der Befreiung ist, das wir mit dem Worte Lebensmysterium zu be-

zeichnen pflegen. Die Patientin hat im tiefsten Grunde recht, wenn sie in ihrer schlichten Sprache von Gott als dem großen Arzt spricht, und zwischen dem Wiedergewinn der Gesundheit und der Einverleibung mit ihm ein Gleichheitszeichen setzt.

Ich stelle mir indessen vor, daß die Patientin bei ihrer Heimkunft sofort über alles ausgefragt wurde, was sie während der Reise erlebt hatte. Es gab umständliche Berichte über all die Sehenswürdigkeiten, die während der Stockholmreise ihr Interesse und ihre Aufmerksamkeit erregt hatten — ich legte natürlich den Angehörigen schon bei der ersten Unterredung ans Herz, die Patientin nicht daheim sitzen und in ihrem Leide wühlen zu lassen, sondern sie zum Ausgehen zu zwingen, damit sie soviel wie möglich zu sehen bekäme. Daß eine Reise mit ihren neuen, frischen Eindrücken in ein in Einförmigkeit erstarrtes Gewohnheitsleben Bewegung bringen kann, das wissen wir alle aus Erfahrung. Aber die, welche mit Zwangsideen zu tun gehabt haben, wissen auch, daß eine neugewonnene Beweglichkeit dieser Art nicht genügend Kraft hat, um die Zwangsideebildung aufzulockern. Die Krankheit ist aus tiefliegenden Notwendigkeiten hervorgegangen, und ihre Produkte sind für die zerstreuenden Eindrücke des Lebens an seiner alltäglichen Oberfläche unerreichbar, wie lustbetont diese Eindrücke auch an und für sich sein mögen.

Es dauerte gewiß nicht lange, bis der Mann fragte, „was der Doktor gesagt hätte". Hätte ich bei der Wiedergabe meiner Worte dabei sein können, hätte ich gewiß nicht allzuviele davon wiedererkannt, man ist oft erstaunt, zu hören, wie die Patienten Ausführungen deuten, die man selbst für klar und eindeutig gehalten hat. Aber eine derartige Verdrehung ist nicht so wichtig, wie man glauben sollte. Worum es geht, das sind nicht die Worte an und für sich, sondern die Bewegung und die Inspiration zu geistiger Aktivität, die sie zuwege bringen. In dieser Hinsicht bedeutete das schweigende Gespräch der Patientin mit sich selbst mehr als ihr Gespräch mit dem Mann.

Jede Behandlung muß eine Nachwirkung anstreben, die eher gesteigert als geschwächt wird, wenn man nach Berührung mit dem Arzt wieder in seine Einsamkeit zurückgleitet. Wenn ich hypnotische Behandlung mit der Aufklärungsphase verbinde, so geschieht dies hauptsächlich, um an diese Bearbeitung der Worte und ihre Assimilierung in der Ungestörtheit der Einsamkeit zu gewöhnen.

Was nun die Worte betrifft, so sind drei Dinge zu beachten. Wenn die Patientin von mir als einem „geistigen Vater" spricht, berührt sie das erste und wichtigste. Wessen sie in ihrem unablässigen Kreislauf um ein und dieselbe Sinnlosigkeit vor allem bedarf, ist geistige Führung. Sie braucht jemanden, der die Kreise durchbricht und ihr klar und deutlich den Weg in die Freiheit hinaus zeigt. Ebensowenig wie ein Körper ohne irdischen Vater gezeugt

werden kann, kann eine Seele neugeboren werden und die Gestalt eines neuen Menschen annehmen ohne geistigen Vater. All das viele Predigen, daß man sich „Gottes Führung“ überlassen soll, ist nichts anderes als leeres Gerede. Wie ginge es zu, wenn man sich in einer stürmischen Nacht auf dem Meer von Åland „der göttlichen Vorsehung“ anvertraute, anstatt auf die Zuverlässigkeit der Karte und die Sicherheit dessen, der am Steuerrad steht, zu bauen? Der Mensch ist da, um höheren Mächten zu dienen, und der höchste Ausdruck für den Sinn eines Menschenlebens ist der, denen zur Freiheit zu verhelfen, die sie von sich aus nicht erlangen können. Wenn die Patientin davon spricht, daß Gott mich ihr in den Weg gesandt, so drückt sie in ihrer Terminologie ihre Gewißheit dessen aus, daß ich sie in Übereinstimmung mit den dem Leben eigentümlichen Gesetzen geführt habe. Nach diesem Zeugnis soll man streben. Denn es besagt, daß man als Führer in völligem Einklang mit „Gottes Führung“ gehandelt hat.

Die andere Angelegenheit betrifft die inspiratorische Entrückung und die suggestive Kraft.

Man darf nicht aus übertriebener Angst vor unzulässigen Eingriffen in die Persönlichkeit des Patienten vor Worten und Sätzen zurückschrecken, die wirklich eine Verwandlung zustandebringen. Um zur Freiheit zu verhelfen, müssen die Worte im Gegenteil für lange Zeit lebendige Kräfte bleiben. Es ist mir sogar passiert, daß der Patient mir bei späteren Begegnungen berichtete, daß Äußerungen, die ich während der Behandlung getan, erst ein Jahrzehnt später und dann in Verbindung mit neuen verwirrenden Erlebnissen ihre volle Bedeutung erhielten. Besonders wenn es sich um einen zwangskranken Menschen handelt, darf man nicht vergessen, daß die Neigung zum Erstarren im geheimen weiterleben kann und ständig von dem Einfluß lebenerzeugender Worte bekämpft werden muß. Drittens muß man recht auf der Hut sein gegen alles, was Illusionen heißt. Wo die Patientin in ihrer stillen Bearbeitung des Behandlungsgesprächs verwundert haltmacht, muß sie allmählich zur Erkenntnis der Richtigkeit in den Darlegungen des Arztes kommen. Jede solche Entdeckung steigert das Gefühl der Sicherheit und Freiheit. Entdeckt sie dahingegen, daß er um zu trösten und in bester Absicht etwas gesagt hat, woran er selbst nicht glaubt, so beginnt sie zu zweifeln und ist schnell wieder drin im Wühlen — das einzige, was man erreicht hat, ist, daß man den Teufel mit Beelzebub ausgetrieben hat: an die Stelle der Zwangsgebundenheit an ein altes Problem ist Zwangsgebundenheit an ein neues getreten.

Seitdem meine Aufmerksamkeit auf den Weg zur Befreiung gelenkt war, der im „Das Träumen als Heilungsweg der Seele“[1]) geschildert ist, pflegt sich

[1]) Rascher Verlag, Zürich und Leipzig 1936.

jede Behandlung von selbst in diese oder jene Etappe des Systems einzuordnen. Wenn gewisse einseitige und stereotypisierende Abschätzungen diese Rolle spielen, wie es bei der Patientin der Fall war, verläuft die Behandlung logischerweise im Zeichen der Umwertung.

Ein Beispiel:

Schon beim ersten Besuche stellte sich heraus, daß nicht nur der Argwohn, den die Flucht aus dem Küsterhaus im Sprengel erregt hatte, die Ursache zu dem Kummer über ihr Vergehen war. Sie grämte sich zwar mit selbstquälerischer Intensität darüber, das jemand sie wegen etwas beargwöhnen könnte, das nicht getan zu haben sie bei Gott und allen Heiligen beschwören konnte — aber sie grämte sich noch mehr darüber, daß sie, die sich noch nie in ihrem ganzen Leben eines größeren Vergehens schuldig gemacht hatte, diesmal faktisch unrecht gehandelt hatte. Dem Argwohn gegenüber wurde sie in gewisser Weise rehabilitiert — als sie Kronbraut und die Kirche voller Leute war. Aber von der Verzweiflung darüber, daß sie wirklich etwas verbrochen hatte, konnte sie nie loskommen. Was sie auch tat, immer sah sie das Gespenst aus der Vergangenheit sie unverändert schrecklich angrinsen. Was nützte es, von der Sache zu sprechen: es ging ja nicht um etwas, was sie sich einbildete, sondern um etwas, was geschehen war und in Ewigkeit nicht geändert werden konnte.

Was hier der Assimilierung einer an und für sich gleichgültigen Angelegenheit hindernd im Wege stand, das war offenbar ein Vollkommenheitsideal. Hätte die Patientin sich dieser Übertreibung nicht hingegeben, so hätte sie sowohl vor sich selbst wie vor der Welt rein dagestanden. Aber nun war sie gefallen. Diese ihre Sünde zog die Grenze zwischen Christus und der Welt, zwischen Seligkeit und Unseligkeit.

Es erforderte zwar ziemlich viel Zeit, aber im übrigen war es nicht besonders schwer, die Patientin von der Verwachsenheit mit diesem falschen Ideal loszubekommen. „Sie sollten doch verstehen, daß ihr Fehler der ist, selbst Christus an Vollkommenheit zu übertreffen. Er verließ ja in Jerusalem seine Eltern, obwohl er sie weder der Bosheit noch übermäßiger Beanspruchung seiner Person beschuldigen konnte. Übrigens mißverstehen Sie gänzlich Ihre Stellung zum Christusideal. Da er Gottes Sohn war, war er ja auch frei von den Mängeln, die uns Menschen anhaften. Niemals wird in den Evangelien davon gesprochen, daß er infolge solcher Mangelhaftigkeit an Überanstrengung oder Schlaflosigkeit litt. Da er über die Schwierigkeiten erhaben war, die mit unserem Leben verbunden sind und die uns ständig herabziehen, kann Gott von uns nicht verlangen, daß wir in der gleichen Vollkommenheit leben wie er. Und man soll von sich selbst nicht mehr verlangen als Gott von einem verlangt. Aber gerade das haben Sie getan. Gott weiß recht gut, daß Sie es schwer gehabt haben, und er rechnet uns das nicht als Übeltat an, was die direkte

und unvermeidbare Folge unserer Schwierigkeiten ist. Wenn man nicht mehr weiterkann, sondern vor Müdigkeit umsinkt, dann kommt Gott nicht mit einer Peitsche herbei, um uns wieder auf die Beine zu bringen; er läßt uns statt dessen liegen, und während des Schlafes schenkt er uns die verlorenen Kräfte wieder. Sie erfuhren Gottes Gnade, als Sie während des selbstgewählten Urlaubs ausruhen durften und neue Kräfte erlangten und dann zur Arbeit zurückkehren konnten. Könnten Sie nicht jetzt an diese Angelegenheit denken und erkennen, daß nicht Gott, sondern Sie selbst sich verdammen, und sich darüber freuen, daß hingegen Gott Sie seiner Gnade teilhaft werden ließ?"

Wenn man auf solche Weise das Resultat einer eingewurzelten Fehleinstellung einer Prüfung seines Wertes unterwirft, muß man immer auf eine bestimmte Schwierigkeit gefaßt sein: die Patientin bekräftigt ihre Einwände mit Bibelworten. Wenn es sich nun so trifft, daß diese Worte nicht nur psychologisch unsinnig, sondern auch ethisch anzweifelbar sind, so besteht die Gefahr, daß man festsitzt. Einerseits gehen die Worte als integrierender Bestandteil in das Verwirrungssystem ein, das aufzulösen ist, und andererseits betrachtet die Patientin es als Kirchenschändung, wenn man daran rührt. Einer meiner Patienten, der zum Schluß in Verfolgungswahn verfiel, berichtete, daß er als Kind sich nicht von dem Wort freimachen konnte: „Für jedes einzige müßige Wort, das aus deinem Munde kommt, sollst du am Jüngsten Tage Rechenschaft ablegen." Jeden Abend lag er im Bett da und ging alles durch, was er während des Tages gesagt hatte. Das Bibelzitat, auf das jene Patientin am Schluß ihres Briefes hindeutet, hatte auf ähnliche Weise eine neurosenbegründende Rolle gespielt. Als wir auf den Argwohn zu sprechen kamen, daß sie mit ihrem Verlobten Verkehr gehabt habe, sagte sie: „Es steht in der Bibel: ehelich Bett soll unbefleckt sein." Der Satz klang meinen Ohren fremd, und ich war der Ansicht, daß sie die Sache mißverstanden habe. Meines Wissens wurde das Wort „unbefleckt" nur für die Empfängnis der hl. Jungfrau angewendet. Und etwas Ähnliches konnte wohl mit dem „ehelichen Bett" nicht in Verbindung gebracht werden.

Ich trat dafür ein, daß der Satz jedenfalls nichts mit dem Ereignis vor ihrer Ehe zu tun haben konnte. Um dies zu unterstreichen, gab ich ihr ein Exposé über die Stellung der unverheirateten Tochter bei den Juden zur Zeit Jesu. Und ich bat sie, mir Worte von Jesus anzuführen, womit er für diese Dinge Verhaltungsmaßregeln gab. Das konnte sie nicht. Nein, Jesus war viel zu klug, um definitive, unveränderliche Gebote für die Lebensformen der Menschen untereinander zu geben, die immer je nach Rasse, Klima, Zeit u. ä. Veränderungen unterworfen bleiben müssen.

Es hätte nahe gelegen, in diesem Zusammenhang auf den zentralen Punkt des sexuellen Schuldbewußtseins einzugehen. Ich hätte dann ungefähr fol-

gendes gesagt: „Selbst wenn es so gewesen wäre, daß Sie während der Verlobungszeit mit Ihrem Verlobten Verkehr gehabt hätten, brauchte das keinen Anlaß zu Selbstvorwürfen zu geben. Falls es herausgekommen wäre und die Klatschbasen des Sprengels zu zischeln und zu tuscheln begonnen hätten, so hätten Sie sich mit gutem Gewissen und beibehaltener Selbstachtung darüber hinwegsetzen können. Der ursprüngliche Sinn der Verlobung war ein notwendiges Glied bei Eingehen der Ehe, und daß man während dieser Zeit zusammenleben sollte, um einander ganz und gar kennenzulernen. Man wollte auf diese Weise die Ehe sich Schritt für Schritt organisch entwickeln lassen. von dem scheuen Erwachen des Gefühls an bis zur Mutterschaft. Das Schuldgefühl in Verbindung mit dem Zusammenleben hat mit Gottes ewigen Gesetzen nichts zu tun, sie sind Menschenerfindung, oder, wenn man die Sache gelehrter ausdrücken will: sie sind Resultate konstruierter Moralfiktionen."

Es ist möglich, daß ich das gesagt hätte, wenn ich mit einer Frau auf einem anderen Kulturniveau zu tun gehabt hätte. Hätte ich nicht auf die Beschränktheit des geistigen Horizonts geziemende Rücksicht genommen, so hätte ich genau die Verwirrung erzeugt, vor der ich eben gewarnt habe. Ich hätte für die Patientin unantastbare Gesetze aufgestellt und hätte sie in neue Probleme eingeführt, aus denen sie sich wahrscheinlich nie herausgefunden hätte. Anstatt ihr die volle Freiheit zu schenken, die eine klare und sachliche Aufklärung geben kann, hätte ich sie in eine neue Gebundenheit hineingetrieben. die sich mit der Zeit als ebenso belastend wie die alte erwiesen hätte. Alles ist relativ; und die Freiheit, die ein mit dem christlichen Erlösungssystem verwachsener Mensch erlangen kann, ist in ganz besonderem Maße eine höchst relative Angelegenheit. Es ist nichts anderes zu machen als die Forderung auf eine volle Wertrevision in diesem Punkte aufzugeben und Befreiung innerhalb der Grenzen zu suchen, die damit gegeben sind. Es wirkte wohltuend auf die Patientin zu hören, daß ich felsenfest davon überzeugt war, daß sie mit ihrem Verlobten vor der Ehe niemals Verkehr gehabt hatte — wenn ihr „geistiger Vater" so ganz an sie glaubte, brauchte sie sich nicht um die Gedanken der anderen zu kümmern. Es war eine Suggestion allereinfachsten Schlages, aber unter diesen Verhältnissen der einzige Weg, der zum Ziele führte.

Es kann nun der Anschein erweckt werden, daß eine Bewegung, die eine auch noch so eingehende Bearbeitung der Konflikte erzeugen kann, nicht viel mehr bedeuten sollte als die Zerstreuung einer Reise, die Bewegung in die Zwangsmäßigkeit bringen soll. Der Trieb ist ja ein elementares Faktum, und sein Druck kann durch Worte nicht gelockert werden. Und was die Mechanisierung angeht, so verbirgt sich hinter ihr etwas ebenso Elementares, nämlich der Tod. Hinsichtlich des Triebes lag die Sache in diesem Fall besonders günstig.

Die klimakterische Krise mit dem Einsetzen der Zwangskrankheit lag acht

Jahre zurück. Man denkt, daß die Mutterinstinkte während dieser Zeit abgestorben und daß die Zwangsphänomene, die sich als ihre Ableger gebildet hatten, infolgedessen verschwunden wären; die Erklärung dafür, daß dies nicht der Fall war, liegt in dem Hang eingefleischter Gewohnheit weiterzuleben, auch nachdem ihre ursprüngliche Grundlage ihre Bedeutung verloren hat. Selbst die Reaktion bleibt als Gewohnheitsmäßigkeit bestehen — auch wenn das nicht mehr existiert, dem sie gilt. In der Regel spielt die Selbstsuggestion eine große Rolle für die Verlängerung des Weiterlebens auf unbestimmte Zeit. Von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet kann das unablässige Wühlen der Patientin in ein und demselben als ein effektives Selbstsuggestionssystem charakterisiert werden, etwas Ähnliches wie „Besser von Tag zu Tag", nur in entgegengesetzter Richtung. Diese Sache ist von Wichtigkeit. Denn sie ist es, die die Möglichkeit einer Wandlung erklärt. Den Trieb kann man nicht zum Schweigen bringen; aber man kann Gewohnheiten überwinden, auch wenn sie noch so eingewurzelt sind. Und man kann Selbstsuggestionen niederreißen, auch wenn sie acht Jahre lang mit der allergrößten Intensität gehegt und gepflegt worden sind.

In diesem Zusammenhang muß hervorgehoben werden, daß die Behandlung eines Zwangsphänomens eine weit schwierigere Angelegenheit ist, wenn der Trieb mit voller Kraft als Motor im Unbewußten weiterlebt. Dann kann es wohl vorkommen, daß alle Behandlungsbemühungen stranden und daß die Freiheit erst durch das volle natürliche Ausleben des Triebes erlangt wird.

Was nun die Mechanisierung, den geistigen Tod, angeht, so ist der Augenblick, in dem die Patientin fühlt, wie sie durch eine Bewegung der Seele erlöst wird, der wichtigste Punkt auf ihrem Wege zur Gesundheit. Die Patientin begreift dies völlig, wenn sie schreibt: „Dann fühlte ich Jesus in meinem inneren Leben, wie er eingriff. Seine Hand war so lebendig spürbar, daß die Krankheit weichen mußte." Wie wir die Dinge sehen, ist Jesus hier die Bezeichnung für das, was wir Erneuerung nennen, — es handelt sich also um eine relativ gleichgültige terminologische Frage. Wenn die Patientin das Wiederaufleben erfährt, so ist es für sie eine Selbstverständlichkeit, es mit dem gleichen Namen zu benennen, den für Erlebnisse dieser Art anzuwenden sie seit ihrer Kindheit gewöhnt ist. Und ebenso selbstverständlich ist es, daß ich den wichtigen Vorgang nicht störe dadurch, daß ich etwas hineinbringe, das ihren Jesusglauben anfechten könnte — das wäre in Wahrheit falsch gerichteter Intellektualismus.

Bezeichnen wir also die befreiende Wandlung mit dem Namen Jesus, denn mit dem Wort Erneuerung kann man sie nicht herbeizwingen. Es handelt sich um ein Geschehen. Es kann leider nicht geleugnet werden, daß es in seiner Unberechenbarkeit von einem außerordentlich unsicheren Faktor abhängt,

nämlich von der Inspiration des „geistigen Vaters“. Der Lebenszuschuß, dessen die Patientin bedarf, um aufleben zu können, muß von dem Arzt kommen — aber er kann ihn ihr nicht schenken, ohne selbst aufzuleben. Ich möchte glauben, daß die schnelle und starke Wirkung in diesem Fall im wesentlichen darauf beruhte, daß dies Menschenschicksal mich besonders stark ergriff und ungewöhnlich inspirierend auf mich wirkte.

Als ich diese treuherzige Frau sah, die vorzeitig gealtert und unter dem Druck eines harten Lebens zusammengesunken war, und die Jahr um Jahr um die Freiheit ihrer Seele kämpfte, aber im Stacheldrahtzaun der Zwangsideen gefangen saß, wurde sie mir mehr und mehr zu einem allgemeinmenschlichen Symbol für unsere Zeit. Und mir war, als kämpfte ich gegen das Übel der Zeit, als ich ihr in ihrem Freiheitskampf einen Halt zu geben suchte.

Es taucht nun die Frage auf, warum niemand von den Pfarrern und Predigern, die die Patientin in ihrer Not aufsuchte, ihr helfen konnten. Die Frage ist um so beachtenswerter, als sich herausstellte, daß die Sache so relativ einfach lag.

Wie immer bei solchen Fragen fällt mir ein Ausspruch eines in der katholischen Welt hochangesehenen Beichtvaters ein. Er sagte im Laufe eines Gesprächs: „Sie dürfen nicht vergessen, Herr Doktor, daß man den Pfarrer um des Trostes willen aufsucht, den Arzt aber um der Heilung willen.“ Die Worte des Trostes könnten möglicherweise am Platze sein, wenn es einen Buckel in körperlicher oder geistiger Beziehung betrifft — also etwas, das nach der Ordnung der Natur unabänderlich ist und mit dem man sich abzufinden hat. Aber wenn es sich, wie in dem erwähnten Falle, um etwas handelt, das einst ins Seelenleben eingegangen ist und das auch beseitigt werden kann und muß, so ist alles, was Trost heißt, ebenso unsinnig wie Trost bei Zahnschmerzen. In beiden Fällen sind nicht Worte nötig, sondern eingreifende, befreiende Tat.

Der Eingriff, der hier vonnöten war, muß in erster Linie eine Überwindung der Stagnation anstreben, die ein Ergebnis der Zwangsideenbildung war.

Man könnte sagen, daß dieser operative Eingriff seine technische Seite hat, und daß diese gewisse außerhalb des theologischen Gebiets liegende Spezialkenntnisse voraussetzt. Aber laßt uns annehmen, daß ein Theologe sich die moderne Psychologie angeeignet hat, in der Hoffnung, mit ihrer Unterstützung größere Achtung für seine Seelsorge zu erregen — er wird bald entdecken, daß er trotz seiner neuerworbenen Kenntnisse vor Fällen dieser Art ebenso ohnmächtig dasteht wie bisher. Er wird unfehlbar zu einer Bestätigung des Satzes kommen, daß man in der Befreiung eines anderen nie weiter kommt als man im Kampf um die eigene Freiheit gekommen ist. Daß die Kreise des christlichen Erlösungssystems einen großen Teil der Verantwortung für die

seelische Stagnation der Patientin tragen, dürfte aus der Analyse mit voller Klarheit hervorgehen. Es erscheint mir vollkommen unmöglich, einem Menschen aus diesen Kreisen herauszuhelfen, bevor man selbst sie durchbrochen und jenseits aller Systeme volle Allgemeinmenschlichkeit erlangt hat. Wenn die Patientin dank der Erziehung und Beschränkung in der Welt, darin sie leben mußte, das ersehnte befreiende Gefühl mit dem Namen Jesus bezeichnet, kommt man zu dem paradoxen Ergebnis: nur wenn man selbst von Jesus sich losgelöst hat, kann man in einer Lage wie der geschilderten einem Menschen zu Jesus verhelfen. Der eigene Glaube bedeutet nichts dabei. Eher im Gegenteil. Es heißt, daß „Glaube ohne Taten tot" ist, und es sollte auch heißen, daß „Glaube ohne befreiende Erfahrungen, aus denen er emporgewachsen ist, tote Form und eine Zwangsjacke ist". Er ist mit anderen Worten eben das, von dem die Patientin durch neue, Leben zeugende Erfahrungen erlöst werden soll. Je mehr man an den Glauben appelliert, desto mehr verstärkt man die Kreise, anstatt sie zu durchbrechen — und desto unvermeidlicher wird das ewige Kreisen um ein und dieselbe Nichtigkeit. Daß es sich hier nicht um eine Theorie, sondern um eine wirkliche Sachlage handelt, das an zahlreichen Fällen ähnlicher Art wie dem hier geschilderten zu konstatieren, habe ich Gelegenheit gehabt.

Die Bewegung, die die Patientin mit dem Namen Jesus bezeichnet, und die allein die Zwangsgebundenheit zu überwinden vermag, ist indessen nicht nur eine Bewegung der Seele mit neuen Gedanken und erweiterter Perspektive — sie ist vor allem eine Bewegung des Herzens mit dem Gefühl eines Wertes, das nur die Innerlichkeit verleihen kann. Wenn die Patientin sagt, daß sie ihr Heim wiederempfing, drückt sie etwas Wesentliches aus. Im Worte Heim liegt die Verbundenheit mit der Erde und diesem Wachstum und mit allem, das sie erbaut und gepflegt — kurz und gut: die Lebensgemeinschaft, die befreiend von der toten Zwangsgebundenheit wirkt. Was sie von dieser ihrer irdischen Lebensquelle schied, ist vor allem die Schuld in Verbindung mit dem erdbedingten Dasein — diese schwerste Schuld, die das christliche Erlösungssystem umfaßt. Wer den Abgrund von Leiden, die dies Festhalten am Dunkel einer vergangenen Zeit immer noch erzeugt, nicht erblickt hat, der wird einem Menschen sein Heim niemals wiederschenken können. Man denkt, daß Theologen, die sich in der Innerlichkeit als dem ihnen wesensgemäßen Element bewegen, und all das Rührende in der Erlösungs- und Heiligengeschichte zu ihrer Verfügung haben, über die Wege hinwegfliegen könnten, die wir anderen gehen müssen, um Bewegung zu erzeugen; wenn nicht, um an den Glauben zu appellieren, müßte der Theologe die Gebundenheit dadurch überwinden können, daß er das Gefühl unmittelbar

zu neuem Leben erweckt. Aber solange das Gefühlsleben durch Schuldinfektionen gelähmt ist, kommt er zu kurz.

Für die Patientin war Jesus etwas mehr als der Weg zurück zum verlorenen Heim — er war die Bewegung hoch über allen Worten und Grenzen, die allein Frieden und Heimatgefühl im Dasein schenken kann. Er war die Erleuchtung der Seele und des Herzens in Seligkeit und Ewigkeit, und sie hat vollständig recht, wenn sie den Gedanken in ihre Sprache kleidet, daß es erst diese Erleuchtung war, die den Zwang lösen und der Krankheit Genesung bringen konnte. Es nützt so wenig, das Evangelium der Gnade zu predigen, wenn man die Predigt mit der Feststellung beschließen muß, daß Jesus selbst und weder der Prediger noch der Hilfesuchende über die Teilnahme an der Gnade bestimmt. Anders nimmt sich die Sache aus, wenn wir vorsichtig aber bestimmt die Absperrungen öffnen, die die innewohnenden heilenden Kräfte hindern, zur Geltung zu kommen. Ohne zu verstehen, wie es zugeht, erlebt die Patientin dabei eine Teilnahme an der Erneuerung, die der ewigen Ordnung der Dinge angehört.

HANS ZULLIGER:

DER BEHN-RORSCHACH-TEST [1])

I.

„War es nötig, fragen Sie mich", eine zweite Tafelserie zum Formdeutversuch von Dr. med. Hermann Rorschach herauszugeben? Genügt dessen Test nicht vollkommen den Bedürfnissen? Bedeutet die Herausgabe einer neuen Serie nicht nur eine Konkurrenzierung des Ur-Tests?"

Lassen wir Rorschach darauf antworten. In seiner „Psychodiagnostik" widmet er der Herstellung von Parallelserien einen Abschnitt und äußert sich wie folgt: „Was sich als nötig erweist, sind 2—3 Parallelserien. Oft genug hat man Anlaß, das Experiment mit der gleichen Versuchsperson mehrmals zu machen: mit Normalen in verschiedener Stimmung, mit Manisch-Depressiven in den verschiedenen Phasen, mit Schizophrenen während verschiedener Zustände, vor und nach einer Psychoanalyse usw., oft auch nur zur Kontrolle des Normalversuchs. Wird der Versuch wieder mit den gleichen Tafeln gemacht, so verfälschen bewußte und unbewußte Gedächtnisleistungen das Resultat. Man bedarf also für solche Fälle analoger Bildserien, die von der

[1]) Kurzvortrag, gehalten auf der Rorschach-Tagung der Kommission für Psychotherapie der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie, Zürich, 20. 7. 41.

Normalserie möglichst verschieden, aber trotzdem Bild für Bild den Bedingungen der Normalserie entsprechend sein müssen.

Solche Parallelserien sind so herzustellen, daß man aus einer großen Anzahl Zufallsformen diejenigen herauswählt, die ihrer Konfiguration nach den Bedingungen der Normaltafeln zu entsprechen scheinen. Dann hat man an möglichst vielen Versuchspersonen verschiedener Art festzustellen, ob die Bilder überhaupt akzeptiert und nicht einfach als „Kleckse' abgetan und abgelehnt werden. Erst dann beginnt die Eichüngsarbeit. Als Versuchspersonen bei der Eichung kommen nur Normale, aber Normale verschiedener Intelligenz- und Bildungsgrade, in Betracht. Die Eichung hat vor allem zu berücksichtigen, daß die Bilder der neuen Serien den Bildern der Normalserie darin analog sind, daß die Möglichkeiten der Bewegungs- und Farbenantworten, ferner der Ganzantworten und der Zwischenfiguren in entsprechenden Bildern die gleichen sind, d. h. daß sich die Faktoren in der neuen Serie nicht reichlicher und leichter und nicht spärlicher und nicht schwerer ergeben als in der Normalserie. Tafel I der Parallelserie soll ziemlich genau gleich viele F und B geben wie Tafel I der Normalserie usw. Tafel V soll ebenfalls ein leicht erkennbares Objekt darstellen, ebenso die Tafel VII eine leicht erkennbare, aber nicht zu aufdringliche Zwischenfigur. Vor allem dürfen die Bilder nicht zerrissener, komplizierter sein. Je komplizierter die Bilder sind, um so mehr erschweren sie die Berechnung ..." usw.

Rorschach selber hat also die Interessenten aufgefordert, Parallelserien zu schaffen. Das Herstellen und die Auslese der Paralleltafeln, besonders aber ihre Eichung, gestaltet sich viel umständlicher, zeitraubender und schwieriger, als man glauben würde und als es sich Rorschach wohl gedacht hat.

So hat beispielsweise Furrer seinerzeit an die 2500 Bilder gekleckst und sich bemüht, 10 den Normaltafeln entsprechende herauszulesen und zu eichen: der Versuch war, wie er mir versicherte, unbefriedigend. — Ähnlich erging es einem Welschlandschweizer Arzte; er traf eine Auslese aus einer beträchtlichen Zahl von ihm hergestellter Bilder und glaubte, ihm sei gelungen, eine brauchbare Parallelserie geschaffen zu haben; aber als er damit experimentierte, ergaben sich ganz andere Resultate als die mit der Normalserie, was zur Folge hatte, daß er an der Brauchbarkeit und Zuverlässigkeit des Formdeutversuches überhaupt verzweifelte, wie er mir schrieb.

Die vorliegende Parallelserie von Dr. med. Hans Behn-Eschenburg, die wir der Abkürzung halber fürderhin „Bero-Test" (Behn-Rorschach-Test) benennen, ist zu Lebzeiten Rorschachs unter dessen Kontrolle entstanden. Rorschach war damals Oberarzt in der Heilanstalt Herisau, wo Behn als Assistenzarzt arbeitete. Es hatte sich gezeigt, daß der Formdeutversuch sich zu viel weiteren Ermittlungen eignete, als etwa nur zu einem Hilfsmittel

für die Diagnosenstellung auf psychiatrischem und neurologischem Gebiete, oder zur Prüfung der Phantasie. Es erwies sich, daß man aus dem Test allerlei verschiedenartige psychologische Tatbestände herauslesen konnte; insbesondere ergaben sich überraschende Auskünfte über die Intelligenz-, Affektivitäts-, Charakter- und Talentanlage einer Versuchsperson. Es lag nahe, das Experiment zur Untersuchung von Schulkindern anzuwenden. Diesbezügliche Vorversuche hatte Rorschach bereits gemacht, und er regte seinen Schüler Behn zu einer ersten umfassenden Arbeit mit Schülern an; Behn hat die Ergebnisse in seiner Doktordissertation[1]) niedergelegt. Damals bestand die Normalserie Rorschachs nur im Original, sie war noch nicht vervielfältigt. Um ungehindert experimentieren zu können, kamen Rorschach und Behn zur Schaffung einer an der Normalserie geeichten Parallelserie, und in gemeinsamer Arbeit entstand der Bero-Test. Seine Bilder sind absichtlich etwas kleiner gestaltet worden als die der Normalserie, denn es hatte sich gezeigt, daß die statistisch festgestellten Ergebnisse der Normalserie wohl auf erwachsene Vpn. paßten, bei Kindern jedoch gewisse Fehlerquellen ergaben; vor allem hatten kindliche Vpn. Mühe, bei Verwendung der Normalserie eine ihnen, d. h. ihrer psychischen Struktur entsprechende Anzahl G zu produzieren — es gelang ihnen nicht so leicht wie den Erwachsenen, die großen Kleckse auf einen Schlag als Ganzes zusammenzufassen und zu deuten; sie produzierten D und Dd, die in der Auswertung der Faktoren wie G und D hätten verrechnet werden müssen, um ein der Realität gerechtes Psychogramm von den kindlichen Vpn. zu erhalten. — Die kleineren Bilder des Bero-Tests werden von den Kindern leichter überblickt. Umgekehrt zeigte sich an Hand vieler Experimente die merkwürdig anmutende Tatsache, daß Erwachsene, denen man den Bero-Test vorlegt, relativ nicht mehr G deuten als beim Normalversuch. Warum dem so ist, wissen wir vorläufig nicht, wie wir so manches andere über den Formdeutversuch noch nicht wissen: die theoretische Begründung fehlt uns bis heute noch weitgehend.

Der Bero-Test hat also als Parallelserie für sich, daß er vom Urheber des Formdeutversuchs miterschaffen, kontrolliert und geeicht worden ist und somit einige Gewähr dafür bieten dürfte; er sei verwendbar. Verwendbar insbesondere für Kinder-Prüfungen, aber auch für Erwachsene.

II.

„Warum denn", fragen Sie weiter, „wurde diese Parallelserie nicht schon viel früher vervielfältigt?"

---

[1]) „Psychische Schüleruntersuchungen mit dem Formdeutversuch", Bern und Leipzig, 1921.

Wie aus hinterlassenen Briefen Behn-Eschenburgs mit schweizerischen und deutschen Verlegern hervorgeht, bestand der Plan zur Herausgabe des Bero-Tests schon anno 1920. Er scheiterte an den Kosten. In den zwanziger Jahren wußte noch niemand um den Siegeszug des Formdeutversuches. Die „Psychodiagnostik" erlebte erst im Jahre 1932 eine zweite Auflage, der dann 1937 die dritte, 1941 die vierte folgten. Die Zunahme des Interesses für den Formdeutversuch wurde nicht allein nur durch die immer kürzeren Intervalle bei den Neu-Ausgaben deutlich, sondern auch durch die Publikation zahlreicher Sonderuntersuchungen in deutscher und in fremdländischen Sprachen. Im Jahre 1934 überlegte sich Behn neuerdings die Herausgabe seiner Parallelserie; es kam nicht zur Verwirklichung der Absicht: der Sommer warf ihn auf das Sterbelager. Mit der zunehmenden Verbreitung und Anwendung des Formdeutversuchs wuchs das Bedürfnis nach einer Parallelserie immer mehr. Da war es naheliegend, den Bero-Test zu publizieren. Dazu brauchte es jahrelanger Vorbereitungen, um so mehr als von dem Material Behns vieles verlorengegangen ist, und die Herausgeber den Eindruck hatten, es genüge nicht, nur die Tafeln allein zu veröffentlichen, es bedürfe dazu noch eines Kommentars. Im Verlaufe der Vorarbeiten wuchs sich dieser zu einem Bande aus. Über ihn und die Tafeln ist zu sagen:

1. Das Gesamtwerk, Tafeln und Kommentar, beruhen auf dem Normaltest und der von Rorschach seinerzeit herausgegebenen „Psychodiagnostik".

2. Die Herausgabe des Bero-Tests in der vorliegenden Form bedeutet in bezug auf den Ro-Test:

   eine Parallelserie,
   eine Spezialisierung
   und eine Weiterentwicklung.

3. Der Textband will aber auch eine selbständige Einführung in den Formdeutversuch geben, an Hand derer sich der Interessent Schritt für Schritt einen Zugang in die Technik erwerben und in die Anwendung des Experimentes einarbeiten kann.

4. Er will nachweisen, was der Test für die psychologische und charakterologische Diagnostik zu leisten imstande ist. Absichtlich blieb der Textband auf diese Gebiete beschränkt. Über die Verwendung des Experimentes bei der medizinischen (psychiatrisch-neurologischen) Diagnostik gibt Rorschachs Buch Auskunft. Dort findet sich außerdem ein Literaturverzeichnis über Einzeluntersuchungen auf medizinischem und auf dem Gebiete anderer Wissenschaften.

5. Er will die Wichtigkeit der Eichung der Tafelserie darlegen.

6. An Hand praktisch durchgeführter Beispiele wird die Brauchbarkeit des Formdeutversuchs nachgewiesen, sei es, daß der Bero-Test für sich, sei es, daß er in Verbindung mit der Ro-Serie verwendet wird.

7. Die ganze Arbeit fußt auf empirischer Erfahrung, hält sich an das Praktische, und die theoretische Fundierung bleibt ungelöst.

III.

„Ist es für den Lernenden nicht viel besser", fragen Sie, „wenn er in das Verfahren eingeführt wird von einem Menschen, der die Handhabung des Tests beherrscht — womöglich von jemand, den Rorschach selber unterrichtet hat?"

Gewiß bedeutet es für den Lernenden, der sich in das Formdeutverfahren einarbeiten will, einen beträchtlichen Vorteil, wenn er einen direkten Rorschach-Schüler zur Seite hat. Lehrbücher sind immer nur Notbehelfe.

Aber die persönlichen Schüler Rorschachs sind nur mehr dünn gesät, und sie wohnen innerhalb eines beschränkten Raumes. Darum hat nicht jeder Lernende die vorteilhafte Gelegenheit, mit einem solchen Kenner zusammen zu schaffen. Mancher ist froh, an Hand eines systematisch zu Lehrzwecken abgefaßten Buches, auch wenn es die persönliche Kontaktnahme mit einem Kenner nicht ersetzen kann, sukzessive in die Test-Handhabung eingeführt zu werden. Will er ausschließlich Rorschachs „Psychodiagnostik" dazu benutzen, stößt er, wie die Erfahrung lehrt, leicht auf Schwierigkeiten; solche haben manch einen dazu gebracht, das Erlernen des Verfahrens wieder aufzugeben. Dabei denke ich besonders an die Psychologen und Pädagogen unter den Interessenten. Haben sie nur die „Psychodiagnostik" zur Hand, sehen sie sich u. a. genötigt, sich vorerst mancherlei psychiatrische Begriffe anzueignen, was ihnen oft kaum möglich ist. Aber auch der medizinisch Geschulte stößt beim Studium der „Psychodiagnostik" auf Hemmnisse, wenn er sie als Lehrbuch benutzen will; denn sie ist nicht als solches, vielmehr als ein wissenschaftlicher Rechenschaftsbericht „über die Methodik und vorläufigen Ergebnisse eines psychologischen Experiments" (Rorschach) abgefaßt. Diese Feststellung tut dem Wert der „Psychodiagnostik" keinerlei Abbruch, und es wäre ein Irrtum zu denken, der Kommentar zum Bero-Test erübrige das Studium des Rorschachschen Buches. Die „Psychodiagnostik" und der Bero-Kommentar ergänzen einander. Der Mediziner, der die „Psychodiagnostik" sowieso als Fachbuch studieren wird, kann sich mit dem Bero-Kommentar didaktisch in das Formdeutverfahren einarbeiten; und der Psychologe und Pädagoge, der es an Hand des Bero-Textbandes ebenso tut, wird hernach zur „Psychodiagnostik" greifen und darin vielerlei vorfinden,

was der Bero-Kommentar nur streifte oder nicht bot — und was er jetzt, nachdem er eingeführt worden ist, besser verstehen kann.

Wer die beiden Bücher vor sich liegen hat, wird dessen bald gewahr, daß sie unterschiedliche Zwecke verfolgen und entsprechend verschieden voneinander aufgebaut sind. Der Bero-Textband vermittelt außerdem speziell auf psychologischem und charakterologischem Gebiet bestimmte Ergebnisse, die anläßlich der Herausgabe der „Psychodiagnostik" noch nicht bekannt waren, noch nicht sicher waren, oder aus einem anderen Grunde nicht dargelegt werden konnten. Er verweist an Hand von durchgeführten Beispielen, wie der Test als Hilfsmittel bei der privaten und gerichtlichen Gutachtenpraxis benutzt werden kann und legt ausführlich dar, wie die Ergebnisse bei der Erziehungs- und Berufsberatung miteinbezogen werden können. Speziell für die Berufswahl bei Anormalen und Psychopathen spielt bekanntlich die Kenntnis ihrer psychologischen und charakterologischen Struktur eine äußerst wichtige Rolle; gelingt es, für diese Leute eine Beschäftigung auszulesen, die ihnen in bezug auf ihr Seelisches adäquat ist, sind sie recht oft für die Gemeinschaft gerettet. Der Wert und die Wirkung der „A r b e i t s t h e r a p i e" sind wohl allgemein anerkannt, und im Textband zum Bero-Test ist gezeigt, in welcher Weise man das Formdeutverfahren nach dieser Richtung hin ausschöpft.

IV.

„Es erscheint uns ganz unmöglich", halten Sie dem Bero-Test entgegen, „daß eine Parallelserie genau den Faktoren der Normalserie entspreche!"

Sie haben recht: die Übereinstimmung kann nie eine absolute sein — denn in einem solchen Falle müßten sich Umrisse und Einzelheiten an den Bildern decken, die Kleckse müßten einander kongruent sein.

Es gibt jedoch eine relative Übereinstimmung. Um sie zu erreichen, war die Herstellung vieler Hunderter von Klecksbildern nötig, aus denen alsdann die 10 geeignetsten herausgeeicht wurden.

Die Unterschiede bei den sich ergebenden Faktoren des Bero- gegenüber denen des Ro-Tests sind geringfügig. Daß wir bei Anwendung der Bero-Serie bei Kindern leichter die ihnen entsprechende Zahl der G produziert sehen, wurde bereits mitgeteilt. Auf andere kleine Differenzen weist der Bero-Kommentar hin: so ist beispielsweise das durchschnittliche T% beim Bero-Test zwischen 50 und 55, im Rorschach zwischen 45 und 50; die Zahl der V ist beim Bero- etwas größer als beim Ro-Test, und es wird im Bero-Test leichter ein Bkl gedeutet. — Im ganzen aber stimmen die Faktorenverhältnisse verblüffend überein, insofern wir es mit normalen Vpn. zu tun haben und zwi-

schen der Durchführung der beiden Experimente ein Intervall von 3—7 Tagen eingeschoben wird.

Es gab Kritiker, die vermuteten, die kleineren Figuren des Bero-Tests hätten zur Folge, daß die Vpn. im allgemeinen mehr G deuten würden als beim Ro-Test; andere meinten, die Kleinheit der Figuren verführe im Gegenteil zum Deuten zahlreicherer D und Dd; auch die Verteilung der Farben könnte eine solche Aufsplitterung in Nebensächliches bewirken, oder möglicherweise die Affektivität unexakt widerspiegeln. Nach meinen Erfahrungen mit dem Bero-Test, die sich über 5 Jahre erstrecken, stimmen die Befürchtungen nicht. Sowohl im wesentlichen wie auch im Detail sind die Ergebnisse beider Tests sich gleich [1]).

Daß sich bei Kranken und bei sehr labilen Normalen allerlei Unterschiede zeigen, wenn man die beiden Tests verwendet, ist dem Wesen der betreffenden Vpn. entsprechend und gibt eben wieder, wie diese Menschen seelisch zusammengesetzt sind. Beim einzelnen Normalen erhalten wir oft bei der Verrechnung der Faktoren, Faktorenverhältnisse und der Prozente die genau gleichen Zahlen.

Deshalb darf behauptet werden, die Übereinstimmung der Serien sei relativ groß. Außerdem dürfen wir annehmen, daß die zwei Menschen, Behn und Rorschach, die an der Schöpfung des Bero-Tests beteiligt waren. mit wissenschaftlichem Ernst und Verantwortlichkeitsgefühl vorgegangen sind und wußten, was sie taten.

V.

Nun drehen Sie den Spieß um. „Wenn die Ergebnisse der beiden Tests miteinander übereinstimmen“, sagen Sie, „dann hat die Wiederholung des Experimentes mit dem zweiten Test keinen Sinn!“

Kontrolle, meine ich, auch wenn sie die Resultate bestätigt, ist für den gewissenhaften Versuchsleiter immer etwas Wertvolles. Die Ergebnisse des erstdurchgeführten Versuchs sind oft derart, daß man gern nochmals nachprüft an Hand des Parallel-Tests. Häufig ergeben sich aus dem nachträglich wiederholten Experiment bestimmte Aspekte und Nüancen, die aus dem ersten nur unsicher hervorgingen, oder die man überhaupt nicht sehen konnte. Die Wiederholung mit der Parallel-Serie schafft größere Klarheit und Sicherheit in der Ausdeutung, manchmal erlaubt sie weitgehendere und spezialisiertere Schlüsse. Die Praxis mit beiden Tests macht dies jedem rasch auffällig.

---

[1]) Nach einer mündlichen Mitteilung von Dr. med. R. Kuhn, Heilanstalt Münsterlingen, der eine größere Anzahl Vpn. mit beiden Tests zu Vergleichszwecken prüfte, war er über die durchwegs zahlenmäßig fast genau gleichen Resultate überrascht.

Gewiß sind die Ergebnisse des nachträglich durchgeführten Experiments dann besonders wertvoll und aufschlußreich, wenn sie vom erstdurchgeführten differieren. Da die Eichung des Bero- die Übereinstimmung mit dem Ro-Test ergab, liegen die Unterschiede nicht an der Verschiedenheit der Bildtafeln, sie sind die Folge bestimmter Gegensätze in der Vpn., die wir bei Benutzung nur des einen Tests nicht hätten feststellen und umreißen können, zum mindesten wären sie uns nicht so deutlich geworden.

Gerade an Hand differierender Testergebnisse erkennen wir, daß Rorschach nicht wenig Grund hatte, die Benutzung von Parallelserien zu wünschen.

VI.

„Wie steht es denn mit der Intuition?" wollen Sie wissen. „Besteht nicht die Möglichkeit, daß der Versuchsleiter die Vpn. während des Experimentes intuitiv erfaßt — daß der wissenschaftliche Versuch im Grunde genommen an zweiter Linie steht und die eigentliche Leistung auf intuitivem Wege zustandekommt?"

Es liegt mir daran, einmal etwas über diesen oft geäußerten Einwand mitzuteilen, der sowohl gegen den Ro-, wie auch gegen den Bero-Test vorgebracht wird.

Zunächst: nicht selten wird einem Kenner des Versuchs ein Versuchsprotokoll vorgelegt, das er nicht selber aufgenommen hat. Er ist vor die Aufgabe gestellt, etwas über eine Vp. auszusagen, die er weder persönlich kennt noch jemals gesehen hat, er weiß nur ihr Alter und Geschlecht. Trotzdem kann er meist über die Person eine sog. „Blind-Diagnose" geben, die das reale Bild erstaunlich gut trifft.

In derlei Fällen, da ein persönlicher Kontakt fehlte, konnte der Versuchsleiter die Vpn. gewiß nicht intuitiv erfassen.

Wenn bei der Ausdeutung der Versuchsergebnisse die „Intuition" eine Rolle spielt, dann ist es keine ix-beliebige, sondern eine, die sich auf die Testfaktoren stützt — ohne diese wäre sie unmöglich.

Oft ist das, was Nichteingeweihten als Intuition vorkommt, nur ein abgekürzter Denkprozeß. Wenn ich einen seelischen Mechanismus hundertmal aus dem Test abgeleitet habe und sah, daß er sich in der Realität bestätigt, dann braucht es, falls eine neue Vp. die gleichen Anzeichen beim Experiment produziert, keiner langen wissenschaftlichen Deduktion mehr, um die betreffenden psychischen Fakten festzustellen. Die Leistung ist ein Ablesen und sofort „im Bild" sein, das an „Intuition" denken läßt und in Wirklichkeit eher Routine ist.

Wer die Handhabung des Formdeutversuchs erlernt, bleibt am Anfang leicht an den einzelnen Faktoren kleben; nach und nach weitet sich sein Gesichtsfeld und die Fähigkeit des Abwägens, und schließlich sieht er ein Ganzes, in das sich die Einzelzüge einordnen. Er sieht — beispielsweise — nicht mehr nur eine Summe vereinzelter und zusammenhangsloser Charaktereigenschaften, vielmehr einen Aufbau. Zuletzt kommt er dazu, einen Test sozusagen zu „erleben", während er ihn als Anfänger nur registrierte, und das Erleben ähnelt der Intuition.

Unter den Versuchleitern gibt es Menschen mit mehr oder weniger intuitiver Begabung. Der intuitivere zeigt sich besonders in der Art, wie er das Psychogramm abfaßt; es ist gegenständlicher und gestalteter und kann wie eine künstlerische Leistung aussehen. Der Kritiker tut aber Unrecht, wenn er den wissenschaftlichen Gehalt und die künstlerische Darstellung ins gleiche Band nimmt und nicht voneinander unterscheidet.

Schließlich deucht mich, der Wissenschafter sollte die Intuition nicht allzusehr geringschätzen. Denn sie hat nicht etwa nur in der Kunst und der Technik, sondern auch in der Wissenschaft wesentliches geleistet. Die Atom-Theorie, zum Beispiel, war nicht das Resultat angestrengten wissenschaftlichen Nachdenkens, sondern der glückliche Einfall eines intuitiv-schöpferischen Augenblicks.

Und — glaubt vielleicht jemand, der Formdeutversuch sei ohne Intuition gefunden worden? Mir scheint im Gegenteil, Rorschach hätte ohne solche nur einen geringen Teil dessen schaffen können, was er uns schenkte und worauf sich auch die Arbeit Behn-Eschenburgs stützt.

REFERATE

Sämtliche in diesem Heft besprochenen oder vom Verlag angezeigten Bücher sind in allen deutschen Buchhandlungen zu erhalten. — Die mit einem Stern (*) bezeichneten Referate sind den „Psychological Abstracts" entnommen.

I. Psychotherapie einschl. der psychophysischen Hilfsmethoden

Schultz-Hencke, Harald, Der gehemmte Mensch. Grundlagen einer Desmologie als Beitrag zur Tiefenpsychologie. Thieme, Leipzig. 1940. 323 S. 16,80 RM.

Kann Lebensgeschehen, insbesondere das der „biologischen Höchstfunktion" des Seelischen, wissenschaftlich erfaßt werden? Die wissenschaftliche Biologie hat im Gegensatz zu Vorurteilen früherer Jahrhunderte diese Frage durch die Tat bejaht und eine unübersehbare Fülle grundlegender Erkenntnisse und Erfahrungen gefördert; ihr folgt die Psychologie, einem ungleich schwierigeren und komplexen Stoffe gegenüber, mit doppelter Vorsicht, wenn sich ihre Vertreter der Verantwortung wissen-

schaftlichen Forschens bewußt sind. Biologie wie Psychologie können und müssen auch mehr einfühlend vom Ganzen her erfaßt werden; das erfüllt aber nicht die dringliche Frage nach sorgfältiger Prüfung einzelner regel- und gesetzhafter Zusammenhänge. Nur muß der so Werkende seine Voraussetzungen, seine Methoden und ihre Grenzen klar erkennen und beachten.

Dies geschieht in vorbildlicher Weise in des Verf.s Monographie des gehemmten Menschen, die als „Desmologie", als Lehre von den (Hemmungs-)Fesseln, einen Beitrag zur Tiefenpsychologie geben und darlegen will, wie feinverzweigte unter- und unbewußte Hemmungen den neurotischen Menschen als schattenhafte „Haltungen" teilweise oder ganz lebensunfähig machen, obwohl es sich im allgemeinen um völlig „körpergesunde" und wertvolle, auch erblich einwandfreie Persönlichkeiten handelt. Eine Betrachtungsweise, die anderen Raum und Recht läßt, systematisch und klar durchzuführen, ist auch nach Ansicht des Referenten zur Zeit die einzige Möglichkeit kritischer Erarbeitung; Verf. bezeichnet selbst seine Systematik als vorläufig. „Ein Kernstrukturbestandteil des gehemmten Menschen, der wesentlich komplexer gebaut ist, wird als pars pro toto zur Überschreibung eines vielfältigen Ganzen gewählt." Das Werk handelt zunächst von der Grundstruktur des gehemmten Menschen. Nicht Gehemmtheit als bewußt gespürtes Leid, sondern die verborgene (unbewußte) Gehemmtheit ist kennzeichnend für schwere Neurosen. Strebungen verschiedener Gebiete (Besitz nehmen, „kaptative" Tendenz; Besitz halten, „retentive" Tendenz; Geltungsstreben, „aggressive" Tendenz, Sexualstreben unter scharfer Ablehnung des „Pansexualismus" einer überwundenen Zeit) werden in kindlich unreifem Zustande gehemmt. „Das Leben ist nicht in ein System einzufangen", aber die Übereinstimmung der menschheitsalten Ordensgelübde „Armut, Keuschheit, Gehorsam" mit den drei tiefenpsychologisch wichtigsten Strebungsgebieten ist bemerkenswert. Dabei kommt der Sexualität im üblichen Sprachsinn die geringste Bedeutung zu, die z. B. von der Zärtlichkeit schon im engsten Gebiete weit übertroffen wird. Wieweit frühe Hemmungen der Motorik Kern späterer Willensstörungen werden können, wird als Problem angeleuchtet. Hemmend wirken besonders Härte und Verwöhnung in der Kindheit. Die gesunde Selbstentfaltung, das „expansive Streben", leidet universell Not. Dabei können auch spezielle Funktionen, wie etwa das Essen, in Störung kommen. Koppelungen verschiedener Strebungen und ihre Hemmungen komplizieren das Bild. Die Gehemmtheit entwickelt sich unter Einfluß seelischer Traumen, aus Furcht-Druck wird Angstreflex, Verdrängungswiderstände hindern die Erinnerung. Genotypisch sensibele und stark „motorische" Menschen erscheinen disponiert zur Entstehung von Neurosen, die selbst nicht erblich sind (Luxenburger). Primäre oder sekundäre passive Bequemlichkeit und „Riesenansprüche" fehlen selten zur Ergänzung der Gehemmtheit. Zu Haltungen erstarrte Schuld- und Angstgefühle, ebenso wie alle genannten völlig unbewußten Schattenhaltungen ergänzen das Bild. Ein verkümmertes Lebensgefühl aus „Kränkung" des Animalischen, des Naturhaften, ist Kernstück der Neurosen bis weit hinauf in das geistige Erleben, bei dem in Fällen wahrhaftiger Geistigkeit der schauende Abstand immer die Gefahr birgt, zum Abgrund zu werden, so sehr es „triebhaftes Bedürfnis" ist. Verf. betont selbst die Vorläufigkeit seiner Positionen, die etwa in der Schilderung der Welt der Haltungen den „Charakter einer gewissen Hilflosigkeit" habe.

Die Aufdeckung der unbewußten Haltungen fordert ein spezielles sorgfältiges und kritisches psychologisches Arbeiten, das in schweren, aus früher Kindheit stammenden Fällen Jahre beansprucht.

Die Korrektur der unbewußten Gehemmtheit hat die Gehemmtheit selbst, die Bequemlichkeit, die Riesenansprüche und mangelhaftes Können zu beseitigen.

Im nächsten Abschnitt wird das Sichtbarwerden des Gehemmten im Planen und Wünschen, im Phantasieren, in Einfällen, Träumen und Bildern als Psychodiagnostik der Gehemmtheit erörtert.

Die Erscheinungsweisen des gehemmten Menschen sind Laster (Habgier, Geiz, Ungeduld, Eifersucht, Neid, Eitelkeit, Donjuanismus, Dirnentum, Dysphorie), Erlebnisweisen (Sarkasmus, Temperamente, Pseudomystik, Pseudoaskese u. a.) und typische Entwicklungsbilder (Das „stille" und das „überlaute" Kind, der gehemmte Jugendliche, Duckmäuser, Streber, Haltlose, Vagabund, Pubertätskrise, krankhaft Unterwürfige, wie „Gesellschaftslöwe" und „Ultrakonservative", „unschuldig Verfolgte", Lügner, Hochstapler, unberufene Propheten, ultraradikale Kritiker). Alle werden in lebendigen und anschaulichen Schilderungen dargestellt und an typischen Beispielen nach unbewußten Haltungszusammenhängen durchleuchtet.

Die krankhaften Folgen der Gehemmtheit setzen sich quantitativ von der Norm ab. Gehemmtheit ist „eine ganz allgemeine Unvollkommenheit der seelischen Entwicklung des Menschen". Normale und außergewöhnliche unbewußte Hemmungen können völlig latent bleiben (bis auf die oben gegebenen Merkmale), wenn nicht eine besondere spezifische Auslösungssituation kommt, die an die verdrängten unbewußten Strebungen appelliert. Eine solche „Versuchungssituation" läßt dann plötzlich Durchbrüche geschehen. Angst- und Schuldgefühle brechen auf, Depressionen, Zwangserscheinungen, abnorme Organreaktionen beginnen, ja wohl auch geistige Störungen.

Der Heilung des Gehemmten in schweren Fällen, denn um diese handelt es sich nur im wesentlichen, ist grundsätzlich durch das Vorhergehende der Weg gewiesen. Da der unbewußt Gehemmte von seiner Hemmung nichts weiß, ist alles Ermutigen usw. fruchtlos; eine Entscheidung vom Kranken zu Hemmung oder Leben mit Risiko wird verlangt, unter Aufgabe scheinbarer Vorteile und Güter. Aber auch wenn der Kranke sich richtig entscheidet, muß er sich durch viel Unsicherheit, Kampf und Gefahr mühsam durcharbeiten. „Hemmungen, wie sie hier vorliegen, zu überwinden, ist also ohne Zweifel eine sehr große Aufgabe", müssen doch oft jahrzehntealte Fehlhaltungen „umgelebt" werden, wozu auch andere, mehr intuitive, etwa religiös oder archetypologisch hinterbaute Maßnahmen in geeigneten Fällen dienen können.

„Es liegt noch ein langer Weg der Forschung vor all denen, die sich um den gehemmten Menschen bemühen." Um so dankbarer wird man dem Verfasser dafür sein, daß er in so kritischer, klarer, vorsichtiger und doch überaus lebendiger Weise vom Standpunkt der Gehemmtheit her einen systematischen Aufbau durchführte, der ebensosehr von der Ehrfurcht vor allen wahren Rätseln des Daseins wie von gründlichster Erfahrung in $2^1/_2$ Jahrzehnten Facharbeit getragen ist. Der dem Verf. eigene klare Stil verführe aber nicht dazu, das Buch oberflächlich zu durchblättern! Es will durchdacht und Schritt um Schritt erobert sein! J. H. Schultz (Berlin).

Schultz, J. H., Das autogene Training (konzentrative Selbstentspannung). Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung. Verlag Georg Thieme, Leipzig. 1940. 4. Aufl. Brosch. 16,80 RM., geb. 18,60 RM.

Zu unserer großen Freude erscheint das autogene Training zum vierten Male. In seinem Vorwort sagt der Verf., „autogenes Training ist funktionelle Therapie am be-

seelten Organismus Mensch; Mikrophysiologie der rätselhaft dem Seelischen zu völliger Gleicheinheit verbundenen höheren Nervenzentren; bionome Psychotherapie, ärztliches Handeln". Er hat neue anschauliche Protokolle den alten hinzugefügt, so daß der Ablauf einer Behandlung noch klarer, prägnanter hervortritt. Auch die neueste Literatur ist berücksichtigt. M. H. Göring (Berlin).

Schultz, J. H., Übungsheft für das autogene Training (konzentrative Selbstentspannung). Georg Thieme-Verlag, Leipzig. 1941. 4. Aufl. Geh. 1,— RM.

Zu obigem Buch ist, wie bisher, auch das Übungsheft erschienen. Es bringt in knapper Form die Anweisungen für das autogene Training, kann aber natürlich nicht ohne die wissenschaftliche Unterlage, die das Hauptwerk vermittelt, benutzt werden.
M. H. Göring (Berlin).

II. Psychologie und psychologische Diagnostik

Zinke, H., Bindungsformen der Handschrift. Ztschr. f. angew. Pslog. 1940. Bd. 60. S. 96—115.

Speziell graphologische Studie. J. H. Schultz (Berlin).

III. Psychische Hygiene einschl. der Betriebs- und Arbeitspsychologie

Graf, Alkoholgefahren und seelische Gesundheit. Ärztin. 1941. Jahrg. 17. H. 2.

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die schleichende Alkoholisierung, die Form des Alkoholismus, der nicht unbedingt erbbiologisch faßbar sei, gar nicht zu schweren Zuständen führen muß, und daher für harmlos gilt. Er ist gefährlich, weil das rechtzeitige Eingreifen erschwert ist, und ihr Träger gar nicht für krank gilt, aber gerade an ihnen „krankt" der Volkskörper bis tief ins Gesunde hinein. Abhilfe sieht Verf. nicht in Verboten, Vereinen, Lebensreformern, obgleich dies wichtige Hilfen sind. Wichtig ist der Appell zur Gesundheitspflicht, Gestaltung der Arbeit und der Freizeit, und vor allem die Erziehung der Jugend im nationalsozialistischen Sinne. Die Psychotherapie wird nicht erwähnt. G. Fuhge (Berlin).

Havelock Ellis, Freuds influence on the changed attitude toward sexuality. Amer. J. Sociology. Nov. 1939. Vol. 45. N. 3.

H. Ellis bekennt sich zu der gleichen ambivalenten Einstellung gegenüber Freud, wie W. Mc. Dougall: Freud ist als ein Meister des Denkens und der Sprache anzuerkennen, die meisten seiner Resultate aber müßten einer radikalen Kritik unterzogen werden. Zur speziellen Frage, die in dem Titel des Aufsatzes gegeben ist, meint Ellis: eine neue Einstellung der Sexualität gegenüber und die Erkenntnis ihrer Wichtigkeit würde sich auch durchgesetzt haben, „wenn Freud nie gelebt hätte". Aber er führte den Kampf in dieser Hinsicht mit besonderem Nachdruck, oft mit unnötiger Schärfe, und ohne jede Rücksicht auf geltende „standards". Durch seine Darstellungsweise hat er in besonderem Maße dabei mitgewirkt, die Haltung unserer Kulturwelt gegenüber der Sexualität zu ändern.
G. Fuhge (Berlin).

Hebel, Karl, Arbeitstherapeutische Erfahrungen. Studie zur Fragestellung der Leistungspathologie. Geleitwort Victor von Weizsäcker. 3 Abbildungen (Schriftenreihe Deutsche Med. Wschr. Siebeck-v. Weizsäcker). Georg Thieme, Leipzig. 83 S. 1940. Kart. 3,75 RM.

Aus der entsprechenden Abteilung v. Weizsäckers, die dem Krüppelheim der orthopädischen Klinik außerhalb Heidelbergs im Neckartal angehört, werden seit $1^1/_2$ Jahren Rekonvaleszenten und Kranke zu „wertvoller Arbeit" geleitet, d. h. zu freudiger, optimaler Leistung. Gutachtliche, forscherische und therapeutische Gesichtspunkte erscheinen, die letzteren klinisch und sozial. Die Schonungs- und Überlastungs-Schädigung ohne ärztliche Kontrolle soll vermieden werden und anschließend eine sinngemäße soziale Einspannung erfolgen.

v. W. legt kurz die Grundlinien dar, dann behandelt H. den Aufbau der Abteilung. Gelände, Garten und Sport mit Gymnastik spielten die Hauptrolle, während die verfügbaren Werkstätten erst wenig, dann gar nicht benutzt wurden, zumal nur ausnahmsweise Werkstatt und Patientenberuf paßten, und Gartenarbeit unter einem Gärtner Dosierung, Gemeinschaft und Naturnähe brachte. Unspezialisierte Werkstätten sind geplant, besonders für Winterzeit. Für die Freizeit Brett- und Kartenspiele, die wertvolle psychologische Befunde gaben. Bettlägerige werden nicht aufgenommen, der Tagesplan ist streng geregelt, die Krankenzahl zunächst 12, später 20. Stubenälteste halten Ordnung, die anscheinend nur männlichen Kranken sind Selbstbesorger, so daß erst mit Zahlvergrößerung dem Arzte eine Schwester beigegeben wurde, sonst keinerlei Personal. Tagesplan: Pünktlich Aufstehen, Bettenbauen, Frühstück, Gärtnerei, 2. Frühstück, 1 Stunde Sport unter Beteiligung des Arztes. Mittag, Mittagsruhe, Gärtnerei, gemeinsame Wanderung. Freizügiger Ausgang. Bücherei.

Besonders zahlreich sind „Kopftraumatiker", die oft den Arzt allein sprechen müssen, wenig Medikamente und vorsichtiges Ertüchtigen brauchen (Unzulänglichkeitserlebnisse gefährlich!), während überlange rein passive Ruhe ungünstig ist. Subjektive Leistungsschwäche wirkt sehr stark, anhaltend, oft unverbesserlich schädigend. Die Umwelt wird mangelnd beherrscht; veraltete Fälle sind unzugänglich, manche arbeitstherapeutisch ansprechenden versagen im Beruf (richtiger Platz!), andere bewähren sich (Postkommotionelle!). Soziale Momente, z. B. berufliche Selbständigkeit helfend, spielen eine große Rolle. Krankengeschichten sehr schwerer Fälle illustrieren. (Hier hätte Ref. 2 Anregungen: Benutzung ganz vorsichtiger, wechselwarmer, steigender hydrotherapeutischer Trainierung, die sich ihm in einer Kopfverletzten-Spezial-Abteilung im Weltkrieg sehr bewährte. 2. Hinweis auf die staunenswerte Verarbeitung schwerer stumpfer Hirnschäden bei Sportsleuten, z. B. Rennreitern.) „Der Kreislauf: Überbeanspruchung, verstärkte Beschwerden, Versagen, mangelndes Selbstvertrauen, Symptomfixierung" muß sorglich vermieden werden; er stellt ein völlig „psychophysisches" Geschehen dar.

Bei Herzkranken divergieren bekanntlich objektiver Befund und Leistung oft. Leistungstherapie in sorgfältigster ärztlicher Kontrolle ist in entsprechenden Fällen den klinischen überlegen. Magenkranke sprechen oft auf qualitative Arbeitsbelastung an; die soziale Situation überstimmt den örtlichen Befund; Maß, Art und Form der Diät sind sehr bedeutsam, ebenso die Haltung bei der Arbeit (Bücken!). Unklare Fälle hellen sich auf. Ischiaskranke gesunden in rationeller, psychologisierter Arbeitsbelastung schneller, weil sie Leistungssteigerung erleben, besonders in der Arbeitsgemeinschaft. So gelang die Wiedererziehung eines seit 1934 Ischias und Kreuz-

schmerzen wegen seit dem Weltkriege leidenden invalidisierten Schuhmachers durch die „Situationswirkung“.

Forscherisch zeigen sich weder Körper- noch Funktionsschäden, noch Psychogenese als grundlegend bedeutsam, obwohl alle diese Momente von Belang. „Darüber“ steht Krankheit als „ein einheitliches psychophysisches Geschehen“ in Umweltkohärenz. Leistung ist das Ergebnis „der harmonischen Wechselbeziehung der psychophysischen Einheit Mensch zu der psychophysischen Einheit Umwelt“; Störung dieser Harmonie ergibt Leistungsstörung. Das psychophysische Gesamt, charakteristisch für jede Erkrankung, entscheidet Lebensbewährung oder Versagen. Körperhemmung bei Krüppeln kann produktiv überwunden werden; Herzkranke sind „leistungsgebunden“, vom Symptom (relativ) unabhängig; das Gefühl der Leistung entscheidet, Überruhe schadet, Umweltwirkungen sind sehr bedeutsam („moralisierender Affekt“ Plügge), die Leistungen nach dem objektiven Befund überraschend groß, das Versagen ein Müssen, kein Wollen, im Gegensatz zur Herzneurose. Der organisch Herzkranke erlebt die Krankheit in der objektiv geminderten Leistung und versagt bei übermäßigen Umweltforderungen jeder Art (Affekte!), der Herzneurotiker versagt in seiner Beziehung zur Umwelt, wählt das Symptom und heilt durch Harmonisierung der Einweltung. Der organisch Herzkranke „mißachtet“ seine Symptome, bedarf besonderer ärztlicher Führung mit Vorsicht ohne Entmutigung (Leistungsgrenze! Eingliederung!). Demgegenüber ist der Kopftraumatiker „symptomgebunden“ durch Kopfschmerz, Schwindel usw. „Nicht der Patient hat Kopfweh, sondern das Kopfweh hat den Patienten“, obwohl es durch positive Umweltwirkung (leider oft nur vorübergehend) eingeschränkt oder ausgeschaltet werden kann, wie bei Sport und Wettspiel, aber nachher oft verstärkt wiederkehrt. Eine starke positive Lebenszielsetzung kann dauernde Besserungen bringen, aber „das Gegenteil sehen wir leider viel öfter“. (Freudlose Arbeit!) Die umgekehrte Zielsetzung zeigt die Versorgungsneurose, die beim Kopftraumatiker eine „völlige Unterjochung unter das Symptom“ ist. „Das Symptom tritt sozusagen seine absolute Herrschaft an“, nicht als Flucht, Ausweg, Versagen im Kampfe usw., wie H. meint. Die großen Schwierigkeiten bei der Beurteilung „neurotischer“ postkommotioneller Zustände werden mit Recht ernsthaftest hervorgehoben. Die vielfältige Anpassungsleistung an die Umwelt in ihrem notwendigen Wandel spielt eine besonders bedeutsame Rolle. Überbeanspruchung durch Umweltreize wirkt bei Kopftraumatikern wie bei den emotionell-hyperaesthetischen Schwächezuständen Bonhoeffers. Adäquates-Umwelt-Schaffen ist wichtigster Punkt des therapeutischen Programms, die Erforschung der Ich-Umwelt-Störung das Forschungszentrum um Prüfungsmethoden zu gewinnen. Spezielle Ausführungen über traumatische Epilepsie, Toleranz Schwachsinniger gegen Kopftraumen schließen an. In anschaulichen Schemata und programmatischer Zusammenfassung endet die kurze, inhaltreiche Broschüre, der man eine baldige erweiterte, Literatur- und Befundverarbeitung in extenso bietende Neuform wünscht. J. H. Schultz (Berlin).

Hollmann, W., Krankheit, Lebenskrise, soziales Schicksal. Schriftenreihe zur Deutschen Medizinischen Wochenschrift. Verlag Thieme, Leipzig 1940. 192 S. Kart. 6,50 RM.

Als Motto des Buches kann am besten eine Bemerkung aus dem Vorwort angeführt werden, daß nämlich die soziale Aufgabe des Arztes — im Gegensatz zur Zeit vor 100 Jahren mit „nach außen“ gewendetem Aufgabenkreis — heute „nach innen“ auf

eine Führung seiner Kranken im Sinne richtiger Einordnung des Ichs in die heutige Zivilisation und auf ein persönlichkeitsgerechtes Verhalten innerhalb ihres Rahmens gerichtet sein müsse; und zwar nicht etwa nur bei Neurosen und „funktionellen", sondern ebenso bei „organischen" Krankheiten. Das Buch, geschrieben in Form von 7 Vorlesungen, wendet sich ausdrücklich an den Allgemeinpraktiker — was nicht besagt, daß nicht auch der Internist, der Kinderarzt u. a. und nicht zuletzt der — Psychotherapeut sie mit allergrößtem Gewinn lesen wird. Zeigen sie ihnen doch, wie ein in praktischer Arbeit stehender Arzt, zusätzlich mit dem Rüstzeug kleiner und großer Psychotherapie wohl vertraut und den besonderen ärztlichen Aufgaben von heute aufgeschlossen, gerade mit diesem Rüstzeuge zusätzliche bedeutsamste diagnostische und therapeutische Zugangsmöglichkeiten in seiner Berufstätigkeit findet. Dies illustriert vielleicht am charakteristischsten etwa folgende Überschrift: „Die Behandlung des Magengeschwürs in den verschiedenen Stadien der Neurose, der Krankheit und des Leidens" oder „Psychologie des Magenkranken". Immer wieder weist H. nicht nur auf die fließenden Übergänge zwischen psychischen, funktionellen und organischen Erkrankungen hin, indem er sie ausdrücklich als nur verschiedene aufeinanderfolgende Stadien des gleichen krankhaften Geschehens sieht (Neurose → Krankheit → Leiden), sondern arbeitet die gesetzmäßige Beziehung zwischen Krankheitsart bzw. -ablauf und Charakter des Patienten, insbesondere auch seiner sozialen Situation, heraus. Der bürgerliche und der bäuerliche Lebenskonflikt ergeben sich ihm als bisher vorwiegender soziologischer Hintergrund bei den heutigen Krankheiten, gleich ob sie nun in Form einer Neurose, als Angina, als Gallenblasen-, Magen- oder sonstige „lokale" Krankheit erscheinen. So entwickelt H. eine ärztliche Psychologie und ärztliche Soziologie, von der aus die Krankheit als sozial-psychologisches Phänomen erscheint. Bei dieser Schau wird das sich neuerdings immer vordringlicher in den Vordergrund schiebende Problem: Arbeitertum, soziale Neurose und soziale Krankheit umfassend behandelt, wobei H. ausdrücklich die fehlerhafte Position der bisherigen „bürgerlichen" Betrachtung des Problems — notwendig aus der eigenen bürgerlichen Sphäre des Arztes sich ergebend! — als unzulänglich und unzulässig kennzeichnet und Wege zu ihrer Überwindung aufzeigt. Zahlreiche eingestreute Krankengeschichten belegen in eindringlichster Weise die Bedeutsamkeit der von H. aufgezeigten Gesichtspunkte, wobei sie sich dadurch auszeichnen, daß es sich ausnahmslos um „ganz banale" Fälle der tagtäglichen Praxis handelt. — Ein Buch, das der Psychotherapie wichtige Wegbereitung innerhalb der Ärzteschaft leisten dürfte, das aber auch dem Psychotherapeuten nachhaltigst die Bedeutsamkeit soziologischer Faktoren vor Augen führt.

W. Kemper (Berlin).

Jagic und Seyfried, Über Bedeutung von Konstitution und Rasse bei der Entstehung von Arbeitsschäden. Med. Klin. 1940. Jahrg. 36. H. 51.

Konstitution und Rasse ergeben besondere Dispositionen für bestimmte Arbeitsschäden. Dies ist wichtig für Begutachtungen wie aber auch in Hinsicht auf eine nach dem Kriege anzustrebende Leitung des Arbeitseinsatzes, der erfolgen soll „unter stetem Anstreben des Idealzustandes: Jeder Mann am richtigen Platz".

G. Fuhge (Berlin).

Trachte, Die Bedeutung der Arbeitstherapie bei körperlich Kranken. Ztschr. f. psychische Hygiene. Bd. XII, H. 5/6, 1939. S. 140—148.

Ein sehr zu begrüßender Beitrag aus Kreisen der medizinalen-sozialen Verwaltungsstellen zu den Bestrebungen namhafter Kliniker (Magnus, Siebeck, zur Verth, Geb-

hardt, Rhode) durch Arbeitstherapie, verbunden mit physikalischer Behandlung, Gymnastik und Sport, die Lücke zwischen eigentlicher klinischer Therapie und Wiederaufnahme der Arbeit auszufüllen und dadurch eine völlige somatische und seelische Genesung zu erreichen, die die den Patienten „vom Leben zugedachten Aufgaben und Pflichten als Glied der menschlichen Gemeinschaft wieder voll und ohne Schwächen und Schäden, auch ohne Rückfall, dauernd zu erfüllen" verbürgt. Nach Hinweis auf die sich aus einer falsch geleiteten Rekonvaleszenz ergebenden ärztlichen, sozialen, völkischen und wirtschaftlichen Schäden werden die Anforderungen, die an eine derartige Anstalt zu stellen sind, besprochen. Gestreift sind auch die Möglichkeiten der Finanzierung solcher Abteilungen und deren Stellung innerhalb des medizinischen und sozialen Rahmens. Zimmermann (Berlin).

IV. Psychiatrie und medizinische Grenzgebiete

Bering, Fr., Beiträge zum Allergieproblem. Dtsch. med. Wschr. 1940. Jahrg. 66. H. 42.

Diese interessante Arbeit ist zu ausführlichem Referat für unsere Zeitschrift nicht geeignet, es muß aber unbedingt auf sie hingewiesen werden, da sie viele neue Tatsachen und Gesichtspunkte bringt. G. Fuhge (Berlin).

Brauchle, Alfred, Die naturgemäße Behandlung der Schlaflosigkeit. Dtsch. med. Wschr. 1940. Jahrg. 66. H. 47.

Es wird eine zerebrale, kardiovaskuläre und intestinale Form der nervösen Schlaflosigkeit unterschieden, die Behandlungsmethoden werden entsprechend abgewandelt. Gleichzeitig muß je nach Konstitutions- und Temperamentstyp variiert werden. Vor übertriebenem „Heroismus" der Methoden wird gewarnt. „Eine naturgemäße Behandlung soll lustbetont sein, denn die Lust bringt ja Entspannung und damit die Vorbedingung zum Schlaf." G. Fuhge (Berlin).

Bokelmann, Wann findet die Konzeption beim Weibe am wahrscheinlichsten statt? Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, Heft 4, 1940.

Auf Grund der durchaus nicht allgemein anerkannten Berechnungen von Knaus-Ogino wird als alleinmöglicher Konzeptionstermin der Ovulationstermin und die beiden vorangehenden Tage angegeben. Dieser liegt 15 Tage vor dem ersten Tage der folgenden Menstruation. Bei unregelmäßiger Menstruation Notwendigkeit zur Anlegung eines Menstruations-Kalenders. W. Kemper (Berlin).

Buchwald, H., Untersuchnngen über den Einfluß des sensiblen Nervensystems auf die Pathogenese allergischer Hauterkrankungen. Med. Klin. 1940. Jahrg. 36. H. 47.

Verschiedene Versuche ergaben mit hoher Wahrscheinlichkeit, daß die sensiblen Nerven eine führende übergeordnete Rolle haben beim Zustandekommen des allergischen Hautekzems. G. Fuhge (Berlin).

Bürger-Prinz, H. nnd Segelke, A., Julius Langbehn, der Rembrandtdeutsche. Eine pathopsychologische Studie. J. A. Barth, Leipzig. 1940. 200 S. mit 18. Abb. Geh. 12.60 RM., geb. 14,— RM.

Diese pathopsychologische Studie soll nicht ein psychiatrisch-diagnostisches Schema an einen bedeutenden Menschen herantragen, sondern „umgekehrt aus der Lebens-

geschichte dieses Mannes Erkenntnisse für die Pathopsychologie und Psychiatrie zu gewinnen suchen". Nach einer Sippentafel (Dr. Brückmann) wird eine ausführliche Biographie des merkwürdigen Mannes gegeben, den Bürger-Prinz früher selbst für schizophren hielt, wozu bruchartige Knickungen im Lebensgange, Seltsamkeiten und Bizarrerien, sowie der Ausgang in wahnhafte Erlebnisse Anlaß gab. Anschließend werden Art der Produktion, Stil, Persönlichkeit, graphologische Analyse (Minna Becker), klinische Deutung und Zeit- und Wirkungsbild gegeben. Langbehn lebte als absoluter Individualist ein gedanklich konzipiertes Ideal, als Reformator suchte er „die Zukunft zu konstruieren", bald als Sammler ausgebreitetster Kenntnisse, als Zuschauer, endlich als katholisierter „reicher Armer". Selbstunsicherheit, Machtanspruch, Tragunfähigkeit und Ausschließlichkeit kennzeichnen die Persönlichkeit; ein außerordentlicher, ins Geistige gewendeter Durchsetzungsdrang ließ ihn mehr und mehr die Wirklichkeit verlieren, wobei eine oft gewalttätige Dynamik alles übersteigert. Willentlich einsam in steiler Selbsterhöhung protestiert er pubertätshaft gegen eine feindlich erlebte Umwelt, Meister leuchtend scharfer Kritik, aber unfruchtbar im Schaffen oder Tun (Steding). Nach Abwägung verschiedener klinischer Deutungen wird das Vorliegen einer Kern-Neurose besonders eingehend erörtert, Kernneurose als „echte Lebensform, eine Gestalt, die die Persönlichkeit annimmt bzw. produziert", wobei die Gestaltung dem eigentlichen Wesen inadäquat ist. Einen tiefenpsychologischen Zugang zu dieser Fehlentwicklung versucht Verfasser nicht; er ist ja auch kritischerweise nur am Lebenden zu gewinnen.

J. H. Schultz (Berlin).

Gruhle, Hans W., Selbstmord. Georg Thieme, Leipzig. 1940. 166 S. Leinen 13,50 RM.

In diesem sehr tatsachennahen Buche erlebt man auf jeder Seite, wie alle Erwartungen, die populäre „Einfühlung" zunächst hegt, nachher anders oder gar entgegengesetzt beantwortet werden. Zahlreiche Kurven, denen genaueste Erhebungen zugrunde liegen, begleiten die mannigfachen Überlegungen, die das Gewirr von Zuordnungen zwischen Selbstmord und Geographie, Krieg, sozialer Krise, Alter, Geschlecht, Krankheit, Beruf, Bildungsschicht, Stadt und Land, Familiensituation analysieren. Der Wechsel der Altersschichtung von Jahrzehnt zu Jahrzehnt spielt bei der Auswertung eine komplizierende Rolle.

Zu den selbstmordsteigernden Faktoren gehört wirtschaftliche Not (jedoch hatten Deutschland und die Schweiz im Weltkrieg gleich niedrige Kurven, wo sich Hunger, Not und Krieg in Deutschland — Konjunktur und Vollbeschäftigung in der Schweiz gegenüberstanden), Ansässigkeit in der Stadt (aber die hohen Selbstmordzahlen der Städte sind keine Realzahlen, die Städte tragen an einem wesentlichen Teil der Selbstmorde nicht schuld, sondern sind nur Schauplatz), Zunahme der Bevölkerungsdichte, evangelische Religion. Ferner steigendes Lebensalter, Kinderlosigkeit, Alkohol, Psychopathie.

Selbstmordsenkend wirken u. a. starke dauernde Beanspruchung durch affekterregende Lebensumstände, wirtschaftlicher Aufschwung, abnehmende Wohndichte, katholische Religion, junges Lebensalter, Ehe, Kinderzahl. Die Einwirkung des Rassefaktors ist noch nicht recht geklärt. In Deutschland haben die Sachsen die höchste Selbstmordziffer. Schon 1813 spricht Osiander von ihrer starken Neigung zum Selbstmord. Seltsame Selbstmordfälle sowie weltanschaulich oder literarisch beeinflußte Selbstmordsekten, auch „Gesellschaften der Freunde des Selbstmords" (die in

der Zeit Napoleons durch Inserate für ihre Bestrebungen warben) werden erwähnt. Auf tiefenpsychologische Analysen von Selbstmordfällen weist Verf. nur hin. Er steht diesen Bestrebungen fern. J. Rittmeister (Berlin).

Kahnert, Helma, Schlaflos? Ärztin. 1941. Jahrg. 17. H. 1.

Verf. empfiehlt einige natürliche Hilfsmittel gegen Schlafstörungen, vor allem verschiedene Methoden dei Anwendung von Kaltwasser. G. Fuhge (Berlin).

Klimke, W., Die Bedeutung der Liquornntersuchungen bei unklaren Rückenschmerzen. Dtsch. med. Wschr. 1940. Jahrg. 66. Nr. 34.

Dieser Aufsatz ist auch für den Psychotherapeuten nicht unwichtig, denn Pat. mit unklaren Rückenschmerzen werden sehr leicht für hysterisch oder Drückeberger gehalten. Eine Liquoruntersuchung ergibt in solchen Fällen oft eine Vermehrung des Liquor-Eiweißes, es handelt sich dann um eine sog. Wurzelischias.

G. Fuhge (Berlin).

Matzdorff, Paul, Die Migräne in der ärztlichen Praxis. Med. Klin. 1940. Jahrg. 36. H. 52.

Ursache der Migräne ist eine angeboren vererbte Fähigkeit, mit diesem Syndrom zu reagieren. Humorale Einflüsse bestimmen die Größe der Reaktion. Bei entsprechender Reaktionsbereitschaft können die verschiedensten von außen oder innen kommenden Reize einen Anfall auslösen. Das vielgestaltige Bild des „migränösen Formenkreises" wird geschildert und Möglichkeiten werden gezeigt, die Reaktionsbereitschaft herabzusetzen oder störende Reize auszuschalten. G. Fuhge (Berlin).

Meggendorfer, F., Elektrokrampfbehandlungen der Psychosen. Dtsch. med. Wschr. 1940. Jahrg. 66. H. 42.

Von den Italienern Cerletti und Bini wurden erstmalig an der Nervenklinik in Rom nach einer Reihe von Tierversuchen beim Menschen Krampfanfälle durch elektrischen Strom ausgelöst und Kranke damit behandelt. In Deutschland wurde dies Verfahren an der Erlanger Psychiatrischen und Nervenklinik durchgeführt mit Hilfe eines Apparates der Firma Siemens-Reiniger. Es handelt sich um Ströme von 100 bis 300 Milliampère bei einer Spannung von etwa 80 bis 130 Volt und einer Dauer von $^3/_{10}$ bis $^8/_{10}$ Sek. Die Elektroden werden auf die ausrasierte und mit Kochsalzlösung befeuchtete Haut der Schläfengegend gelegt. Es tritt sofort Bewußtlosigkeit ein und ein epileptischer Anfall mit seiner tonischen und klonischen Phase. Dieser dauert etwa 40 bis 50 Sek. und ist gefolgt von einer sich allmählich aufhellenden Bewußtlosigkeit von 5 bis 10 Minuten. In der Woche werden 2 Anfälle herbeigeführt, im ganzen unter Umständen 25 bis 30 Anfälle. Die Vorzüge sieht Verf. in Folgendem: die Venen werden geschont und Herz und Lungen bleiben unbeeinträchtigt, während die chemischen Mittel nicht reine Krampfmittel sind, sondern auch den übrigen Körper beeinflussen. Auch erspart die schlagartig einsetzende Bewußtlosigkeit den Kranken Angst und Mißempfindungen. An Zwischenfällen wurden psychische Störungen vom sog. exogenen Reaktionstyp beobachtet und gelegentlich Frakturen und Luxationen. Da die Behandlungen erst seit etwa 6 Monaten durchgeführt werden, kann Endgültiges über die Erfolge noch nicht berichtet werden; doch werden recht günstige Zahlen genannt. Die Wirkung wird auf eine innere Umstimmung des Stoffwechsels oder physikalisch chemische Vorgänge an den Gehirnzellen zurückgeführt Bei zwei Pat. mit psycho-

genen Lähmungen resp. Anfällen wirkte die Behandlung im Sinne der Überrumpelung ähnlich wie die Kaufmannsche Behandlung. Verf. will auch in dieser Richtung die Methode ausbauen. G. Fuhge (Berlin).

Schneider, C., Behandlung und Verhütung der Geisteskrankheiten. Allgemeine Erfahrungen, Grundsätze, Technik, Biologie. Springer, Berlin. 1939. 517 S. 81 Abb. 29,— RM.

Das monumentale Werk des bekannten Heidelberger Klinikers ist für den Psychotherapeuten eine Fundgrube. Der gewaltige Stoff ist so angeordnet, daß nach einer kritischen Einführung von 10 Seiten auf 70 Seiten ein geschichtlicher Überblick der psychiatrischen Heilverfahren gegeben wird. Dann folgen „Die einzelnen Heilweisen und ihre Heilverfahren". „Die (sogenannte) Arbeitstherapie" (biologische Bedeutung des Umgangs mit Geisteskranken; Bekämpfung asozialer und störender Auswirkungen der Geisteskrankheiten; Praxis der Arbeitstherapie; Berücksichtigung der sog. Symptomverbände in der Arbeitstherapie; ihre Verwendung zur Unterbrechung der antreibenden Wechselwirkungen zwischen erkrankten Funktionen; ihre Bedeutung). An diese Darlegungen auf 150 Seiten schließen an: „Die biologische Umstimmung" (Fieber, Arznei-, Diät-, Hormon-, Krampf- und Insulinbehandlung. 170 Seiten), worauf in 6 Seiten die „Psychotherapie bei Geisteskrankheiten", anschließend die Verbindung mehrerer Heilverfahren und die Betreuung Unheilbarer (20 Seiten) besprochen und Schlußbemerkungen gegeben werden. Die Verhütung der Geisteskrankheiten kann durch Prophylaxe und psychische Hygiene (15 Seiten) oder eugenisch angestrebt werden (58 S.). Ein kurzer Anhang behandelt die Kardiazolbehandlung.

In diesen großen Umrissen ist schon deutlich, welche Teile des Buches den Psychotherapeuten angehen. Grundsätzlich sagt S. in der Einleitung: „Wenn nicht alle Zeichen trügen, so befindet sich die Lehre von den Geistesstörungen in einem entscheidenden Abschnitt ihrer Umbildung zu einer wahrhaft exakten Naturwissenschaft. Die Bedeutung dieses Vorganges liegt darin, daß in der Psychiatrie die dem Menschen eigentümlichsten Lebensvorgänge den Gegenstand einer umfassenden Untersuchung bilden. Die Vollendung des Umbaus der Psychiatrie schließt daher eine biologische Auffassung seelischer Tatsachen in sich, die bislang zwar oft angestrebt, aber noch nicht gestaltet wurde, und die sich gegenüber den jahrhundertelang gefestigten unbiologischen Anschauungen noch nicht durchzusetzen vermochte." „Vorbeugung und Behandlung treten so ein aus dem bloß praktischen Verband der Heilkunde in ihre gemeinsame und therapeutisch einheitliche wissenschaftliche Grundlage. In diese wissenschaftlichen Grundlagen wird zugleich eine erbbiologisch untermauerte, konstitutionsbiologisch auseinandergefaltete und (im weiteren Fortschreiten) rassenbiologische Lehre vom seelischen Gemeinschaftsleben der Menschen eingebaut werden müssen, welche als gesamtbiologisch ausgerichtete Teilgrundlage der Psychiatrie an die Stelle der bisherigen unbiologisch und geisteswissenschaftlich gesehenen soziologischen Auffassungen treten wird. Hier hat die Lehre von der Behandlung seelischer Störungen einen unabdrängbaren Platz deswegen, weil in ihr bestimmte Grunderscheinungen hervortreten, die für die biologische Gesamtauffassung eines so individuellen Geschehens wie das der Entfaltung seelischer geistiger Lebensvorgänge aus den ursprünglichen biologischen Anlagegegebenheiten unter den biologischen Wirkungen der Umwelt unentbehrlich sind..." In scharfer Ablehnung störender Vorurteile („Die weltanschauliche Überwindung aller dualistischen, spiritualistischen, positivistischen, materialistischen und mechanistischen Philosophien oder der Über-

bleibsel derselben ist die Voraussetzung einer biologisch ausgerichteten psychiatrischen Therapie.“) und mit nachdrücklicher Betonung der lebendigen Einheitlichkeit des Lebewesens Mensch sagt S.: „Oft genug wurden auch wirklich Heilerfolge so zerpflückt nur deswegen, weil der Nachprüfende selbst nicht den Naturvorgang verstand, der sich bei der Behandlung abgespielt hatte. Dies gilt vor allem auch für arbeitstherapeutische und psychotherapeutische Heilerfolge. Wer sie nicht erzielt, glaubt das Recht zur Ablehnung der betreffenden Heilweise überhaupt zu haben. Er glaubt, daß Arbeitstherapie und Psychotherapie gegeben werden können wie eine Digalen- oder Luminalinjektion. Sie beruhen in ihren Erfolgen aber wesentlich auf dem persönlichen Einsatz, sind also von den zwischenmenschlichen Wirkungen nicht ablösbar. Diese zwischenmenschlichen Wirkungen und Einflüsse sind unerläßliche biologische Voraussetzungen und Mittel des Erfolges zugleich. Arbeitstherapie ist daher eine Heilweise, deren biologische Wirkungen sich nur dem erschließen, welcher die Biologie der zwischenmenschlichen Wirkungen kennt, und ist nur nachzuprüfen durch den, welcher selbst diese biologischen Wirkungen durch eigenen Einsatz auslösen kann. Erfolglosigkeit dort, wo ein anderer Erfolge hatte, beweist hier häufig nur, daß der Nachprüfende nicht alle biologischen Wirkungsquellen einsetzte oder aus rationalisierender und mechanistisch-positivistischer Einstellung sie vernachlässigen zu können glaubte. So sind unendlich oft wirkliche Heilerfolge hinwegdisputiert worden.“ Die Beurteilung therapeutischer Leistungen bei Geisteskranken wurde schon von Zeller als nur an „einzelnen oder engverbundenen Leitsymptomen“ ablesbar erkannt, die in den „Symptomverbänden“ von S. näher erfaßt werden; hier ist besonnene, aber produktive Kritik vonnöten. Das therapeutische Handeln muß klar gegliedert sein, aber aus einer universellen Erfassung fließen: „Es kommt also darauf an, in einem neuen biologischen Ansatz alle Funktionen des menschlichen Organismus im gegenseitigen richtigen Verhältnis zum Gegenstand des therapeutischen Handelns zu machen: seelisches, humorales, morphologisches, neurophysiologisches Geschehen im gegenseitigen Verhältnis richtig und jeweils adäquat therapeutisch anzugehen — gleichviel von welcher Seite aus, wenn nur immer der ganze Mensch ‚gesamtbiologisch‘ erfaßt wird. Das ist nicht Polypragmasie, sondern soundso oft geradezu nur in sparsamsten Eingriffen möglich. Klar muß nur das eine sein, daß solches gesamtbiologisch ausgerichtete Behandeln von vornherein zur kritischen Prüfung der heute geltenden, ohne Berücksichtigung wichtiger biologischer Grundlagen gewonnenen Lehren führen muß. Diese Prüfung aber bestehen viele dieser Lehren der heutigen Psychiatrie nicht. Wir zweifeln nicht die Richtigkeit und die Notwendigkeit der Beschreibungen auf allen Funktionsgebieten des Organismus an. Im Gegenteil, so wie ich mich an der Beschreibung krankhafter seelischer Abläufe selbst mit Leidenschaft beteiligt habe, halten wir Beschreibungen auch in der Heilkunde für die unerläßlichen Voraussetzungen der Auffindung der in den Krankheiten waltenden Naturgesetze. Aber nur in den seltensten Fällen enthalten die beschreibbaren Vorgänge auch zugleich den Aufschluß über das in ihnen zum Ausdruck kommende wirksame Naturgesetz. Meist wird dies erst offenbar bei dem Versuch zu handeln. So auch beim organismischen Geschehen, besonders in der Psychiatrie.“

„Nicht nach den Ergebnissen der beschreibenden klinischen und nach den Ergebnissen der klassifizierenden Psychiatrie, nicht nach den Ergebnissen dieser oder jener berechtigten humoralpathologischen, solidärpathologischen oder allgemein biologischen Forschungsmethoden können und dürfen wir die Behandlungserfolge ordnen und in solcher Ordnung biologisch zu werten versuchen, sondern umgekehrt: Erst

der Versuch der Behandlung entscheidet letztlich über die Brauchbarkeit der bislang angewandten Forschungsmittel"; kritische Therapie ist „oft wegweisend für die neurologische Theorie, sie kann zur Feststellung von Lebensgesetzhaftigkeiten führen."

In dieser Grundeinstellung behandelt S. die „sogenannte" Arbeitstherapie, deren Wesen „die Herstellung einer biologisch wirksamen Gesamtsituation" ist. „In der sog. Arbeitstherapie tritt eben auch der Mensch und seine einzelne seelische oder körperliche Regung, seine einzelne seelische oder körperliche Leistung, oder aber auch seine seelische oder körperliche Gesamtverfassung als biologisch anzusetzender Wirkungsfaktor in Erscheinung." Am besten vermitteln Beispiele das Verständnis: „Beob. 1. In einer der Geisteskrankenabteilungen der Betheler Zweiganstalt Eckardtsheim traf ich bei einer Visite im Jahre 1931 einen Schizophrenen an, der, autistisch und völlig zerfahren vor sich hinredend, in der Wanne des Dauerbades saß. Er war schon lange in der Anstalt und galt als völlig unbeeinflußbar. Er nahm anscheinend von der Visite keine Notiz, lärmte vielmehr unbekümmert fort und strampelte unter seiner festen Decke, aus der nur wie in einem Dampfbad der Kopf herausragte, mit Armen und Beinen nach Leibeskräften. Wer über arbeitstherapeutische Erfahrungen verfügte, konnte freilich die heimlichen Seitenblicke nicht übersehen, mit denen er — negativistisch und autistisch, manieriert und bizarr zwar, aber doch instinktiv — den Ablauf der Visite verfolgte. Deutlich genug sprach hier aus ihm das Bedürfnis nach Beeinflussung. So wurde denn die Anordnung gegeben, die feste Decke von der Wanne abzunehmen und das Wasser aus der Badewanne abzulassen. Als der Kranke ein wenig erstaunt ohne Wasser in der Wanne saß, wurde ihm das Trockentuch gereicht und ihm geheißen, sich unverzüglich abzutrocknen. Zunächst sprach er noch zerfahren vor sich hin, sein Gemurmel enthielt aber deutliche Ausdrücke des Unwillens über die Störung. Ein solcher Unwille ist immer ein Zeichen der engen Fühlungnahme, und so wurde dem Kranken bedeutet, daß er in seinen Reden genügend sein Verständnis bekunde, man werde infolgedessen nicht eher ablassen, als bis er sich abgetrocknet habe. In überraschend kurzer Zeit erledigte der bisher ganz ‚unbeeinflußbare' Kranke diese Aufgabe. Daher wurden ihm nun seine Kleider gebracht und er aufgefordert, sich anzukleiden. Dies war infolge der Bettbehandlung seit langer Zeit nicht mehr geschehen."

„Zunächst gab es einen typischen Widerstand beim Hemdüberstreifen. Hier sträuben sich die Kranken vielfach, weil sie für einen Augenblick sich wehrlos fühlen und tatsächlich auch die Übersicht verlieren. Erst wenn sie volle Sicherheit gewonnen haben, gelingt ihnen dieser Akt ohne Schwierigkeiten. Im Anfang muß man ihnen helfen in der Form, daß man ihnen das zusammengeraffte Hemd über den Kopf streift. Sobald sie wieder mit dem Kopf herausschauen, fahren sie — wenn nötig unter leichter Anleitung — von selbst in die Ärmel, streifen das Hemd über die Schultern und zupfen es glatt. So ging es auch hier. Das Anziehen der Unterhosen bereitete wie meist auch hier keine Schwierigkeiten. Man mußte sie dem Kranken in die Hand geben, es wurde ihm dargetan, daß man nötigenfalls Stunden warten würde, bis er die Unterwäsche angezogen habe. Daraufhin zog sie der Kranke an. Beim Strumpfanziehen gab es einen neuen typischen Aufenthalt infolge der Ungeschultheit des Pflegepersonals, welches die Arbeitstherapie an diesen Beispielen erst lernen sollte. Man brachte wenig ansehnliche und schlecht gestopfte Strümpfe. Das ist bei solchen noch negativistischen Kranken immer ein Fehler. Teils als bloßer, negativistisch verarbeiteter Vorwand, teils infolge pareidolischer Verkennungsvorgänge, lehnen es die Kranken ab, derartige Strümpfe anzuziehen. Im Anfang — solange chronisch verwahrloste Kranke noch nicht

umerzogen sind — muß man ihnen ansehnliche Sachen geben. Sie gehen mit diesen bei einiger Aufmerksamkeit des Gesunden pfleglich um. Die dann gebrachten besseren Strümpfe zog auch unser Kranker ohne wesentlichen Widerstand an. Nach dem Grundsatz, daß in der Arbeitstherapie dem Kranken nichts abgenommen werden darf, was er selbst leisten kann, mußte nun der Kranke die Hosenträger selbst an die Hosen knöpfen. Auch dies bereitet im Anfang zerfahrenen und lange Jahre in ihrer Krankheit verwahrlosten Kranken rechte Schwierigkeiten. Man muß dem Kranken das Kleidungsstück übersichtlich zurechtlegen, muß ihm Schritt für Schritt sagen, was er nun zu tun hat. Nach einigen Malen hat er es dann wieder gelernt. Diese Regel gilt für alle Arbeitsversuche mit verwirrten und schwer zerfahrenen, auch benommenen Kranken. Auch hier wurde so verfahren, und in kurzer Zeit war der Kranke angekleidet, nachdem es noch die typische Schwierigkeit mit dem Überstreifen der Weste gegeben hatte, die man nur dadurch überwindet, daß man dem Kranken immer eine Hand freiläßt, um ihm das Gefühl der Sicherheit zu lassen."

„Es wäre nun ein Fehler gewesen, den angekleideten Kranken, der inzwischen die zerfahrenen Reden längst aufgegeben hatte und auf kurze Situationsfragen angemessene Antwort gab, zur Weiterbeschäftigung in einen neuen Raum zu führen. Es gilt für alle verwirrten Kranken vielmehr als Regel, zunächst unnötigen Ortswechsel zu vermeiden. Die Kranken vertragen den häufigen Zimmerwechsel nur unter ganz bestimmten Umständen, vor allem erst, wenn sie die nötige Sicherheit gewonnen haben. Daher wurde auch hier die natürlich sofort einzuleitende Beschäftigung in der Weise gestaltet, daß der Kranke in der Badewanne, in welcher er eben noch gesessen hatte, Strümpfe zu spülen hatte. Dies konnte deswegen ohne hygienische Bedenken geschehen, weil man genau wußte, daß mit dem Einsatz der Arbeitstherapie die Benutzung des Dauerbades ohnehin beendigt sein würde, und man dem Kranken sofort unter entsprechender Erklärung anschaulich machen konnte, daß er nie wieder in die Lage kommen werde, in welcher ihn die Visite antraf. Der Kranke wusch anstandslos die Strümpfe und hat sich unter zweckentsprechender Weiterführung der Arbeitstherapie weiterhin gebessert. Entlassungsfähigkeit war nicht zu erwarten." „Beob. 2. Bei der Visite wurde in einem der Betheler Anstaltshäuser die Kranke im Isolierzimmer in schwerster tobsüchtiger Erregung angetroffen. Die üblichen Schlafmittel, auch Scopolamin, waren in verantwortbarer Dosis wirkungslos verpufft oder hatten nur eine kurze Beruhigung herbeigeführt. Die Kranke schrie, lachte, weinte laut durcheinander, trommelte mit Händen und Füßen gegen die Tür, Wand und Boden, raufte sich das Haar, streifte sich das Kleid ab."

„In diesem Falle war es ratsam, zunächst das Treiben der Kranken überhaupt nicht zu beachten. Es gilt als Regel bei derartigen Erregungszuständen, erst alle Zurichtungen zur Beschäftigung zu treffen und den Kranken nur abwartend zu beobachten."

„So wurde denn alles eingerichtet, um mit der Kranken vorgewaschene Wäsche aus der Seifenlauge ins Spülfaß zu übertragen. Diese Arbeit wurde gewählt, weil sie leicht begreiflich und anschaulich ist und weil die Kranke sie selbst mit den großen und ausfahrenden Bewegungen der schizophrenen Erregung bewältigen kann. Es gilt als Regel, immer die Beschäftigung zu wählen, welche geeignet ist, den Bewegungsdrang des Kranken in eine geordnetere Bewegungsform zu überführen."

„Als alles gerichtet war — man muß in solchen Fällen immer dafür sorgen, daß alles feststeht, nichts umgeworfen werden kann, und daß alles entfernt oder ausgeschaltet ist, was dem Kranken bei Faxen und Manieren einen Anhalt geben kann —, wurde die Kranke in einem günstigen Augenblicke, als sie sich — neugierig wie alle Schizo-

phrenen — dem Bottich näherte, bei den Händen genommen und ihr nun die Hand geführt. Mit geführten Händen nahm sie ein Wäschestück aus der Lauge und spülte es im Spülbottich. Man darf in solchen Fällen nur das Allernötigste sprechen. nur die kürzesten nötigen Hinweise geben, muß diese immer wiederholen und das lärmende Gerede der Kranken nicht beachten."

„Nach einigen Malen wurde der Versuch gemacht, die Kranke die geforderte Arbeit selbst ausführen zu lassen, ohne daß ihr die Hände geführt wurden. Man erkennt den Zeitpunkt, wo dies geschehen darf, daran, daß die Kranken in den notwendigen Bewegungsrhythmus hineingleiten. In der Tat, die Kranke warf die Wäsche in den Spülbottich. Freilich schleuderte sie sie erst noch ein paarmal um den Kopf, so daß im Zimmer alles, auch die Anwesenden, bespritzt wurden. Die Schwester wollte die Kranke daran hindern. Das wäre aber falsch gewesen. Denn es gilt als weitere Regel, daß bei den ersten Ansätzen zur selbständigen Arbeitsleistung auch einige harmlose und ungefährliche Entgleisungen in Kauf genommen werden dürfen (als gefährliche gelten nur schwere Angriffsversuche, eine Ohrfeige ist nicht gefährlich und darf übersehen werden!). Man würde mit der Unterdrückung dieser leichten Entgleisungen zugleich auch den Ansatz der geordneten Arbeit unterdrücken."

„Aus diesen Ansätzen kann man rasch die geordnete Arbeit entwickeln, wenn man, ohne die Entgleisungen groß zu beobachten, die Beschäftigung weiterführt. Man nimmt dann einfach wieder die Hand der Kranken und biegt die Entgleisung ab. So wird weiter verfahren, bis die Kranke dann ganz selbständig und ohne viel zu reden die Spülarbeit selbst verrichtet. Unter Ablösung der Schwester wurde nun die Kranke bis spät abends so beschäftigt, sie schlief die folgende Nacht ohne Schlafmittel, konnte am nächsten Morgen bereits mit anderen Kranken in die Wäscherei und hat sich dann so beruhigt, daß sie einer gehobenen Abteilung zugewiesen werden konnte."

„IV. Stuporbehandlung: Einige Tage nach der Aufnahme verfällt der Kranke vormittags bei der Arbeit in einen Zustand völliger katatoner Erstarrung: Stuporös, unansprechbar, läßt die Arme steif herabhängen, bleibt beliebig lange, ohne sich zu rühren, steif stehen. Flexibilitas cerea. Läßt sich willenlos füttern wie ein Kind. Schluckreflex erhalten. Völliges Erlöschen jeder spontanen Aktivität nach außen. Näßt ein (Kot und Urin). Läßt nicht die geringsten Bedürfnisse erkennen. Scheinbar vollkommen teilnahmslos. Reagiert weder auf Nadelstiche noch auf Schreck oder einfachen Anruf. Die Behandlung erfolgt in einer Sitzung am Spätnachmittag des gleichen Tages."

„Der Kranke leistet nicht ausgesprochenen Widerstand, ist aber nur durch leichtes Schieben an den Schultern jeweils 1—2 Schritte vorwärts zu bringen, worauf er wieder starr und gänzlich reglos dasteht. Die Mimik ist vollkommen schlaff und ausdruckslos, nichts verrät nach außen hin, daß er an seiner Umgebung auch nur den geringsten Anteil zu nehmen vermag. An der Behandlung nehmen ein Arzt und ein Pfleger (später ein zweiter Pfleger) teil. Trotz des vollkommen stuporösen, ‚teilnahmslosen' Verhaltens wird jeder einzelne Schritt und weiterhin jede Handlung dem Kranken ausführlich erläutert. Es wird ihm in langsamer, ruhiger, möglichst anschaulicher Rede gesagt, daß es jetzt in den Garten vor die Abteilung hinausgehe, wo Ziegelsteine für einen Umbau zu fahren seien. Es wird ihm die Notwendigkeit der Arbeit für den weiteren Verlauf der Bautätigkeit auseinandergesetzt, und daß es keinesfalls anginge, daß er jetzt in dumpfes Nichtstun versinke, daß ohne Rücksicht auf die dafür beanspruchte Zeit der Arzt nicht nachlassen werde, bis er noch heute an der genannten Arbeit teilhabe. Im Garten vor der Abteilung steht ein einrädiger Handkarren, dessen

Zweckdienlichkeit zum Abholen der Ziegel in einer entfernten Gartenecke dem Kranken erläutert wird. Die Handgriffe des Schubkarrens werden je auf einer Seite ihm vom Arzt und Pfleger in die Hand zu drücken versucht. Die Hände öffnen sich sofort wieder, die Handgriffe entgleiten ihm, der Karren fällt auf seine hinteren Stützen. Trotz intensiven, dabei möglichst anschaulich überredenden Zuspruchs geschieht dies wohl an die zwei dutzendmal, ohne daß der Kranke die allergeringste Teilnahmebereitschaft, geschweige Aktivität erkennen läßt. Dieser Mißerfolg wird unter gleichzeitiger Versicherung gegenüber dem Kranken, daß die Geduld des Arztes angesichts der vorgenommenen Sache keinesfalls erschöpfbar sei und Patient allein für die Dauer des Vorganges gerade zu stehen habe, ohne jede Verärgerung oder sonstige Zeichen eines Nachlassens der therapeutischen Initiative ruhig hingenommen. Wenn dies — so wird gesagt — dem Kranken zu schwierig sei, so müsse man ihm notgedrungen die Hand führen. Von beiden Seiten werden nun die Hände des Kranken um den Führungsgriff gelegt (rechts Arzt, links Pfleger) und so gleichzeitig der Kranke mit dem Karren ganz langsam, dann allmählich rascher vorwärtsgeführt. Schon hier zeigt sich überraschenderweise, daß der Kranke etwas „williger" sich schieben bzw. führen läßt als ohne das Gefährt, d. h. die passive, elastische Resistenz des negativistischen Patienten scheint unter dem Einfluß des „Werkzeuggebrauchs" abzunehmen, ohne daß dies sich übrigens im geringsten in einer mimischen Regung oder gar einem Ansatz von spontanem Handeln äußerte. Es gelingt nicht, trotz vielfach absichtlich eingeschalteter Versuche der Helfer, den Führungsgriff zu lockern, ihn auch nur auf einen Meter dazu zu bringen, die Griffe (stehend oder gehend) selbst zu halten. Nach etwa einer halben Stunde ist so der nur einige Meter entfernte Ziegelhaufen in der gegenüberliegenden Gartenecke ohne jeden irgendwie sichtbaren ‚Erfolg' erreicht worden. Wieder wird nun dem stuporösen, vollkommen ‚unbeteiligten' Kranken der nächste Arbeitsschritt erklärt: Der erste Pfleger nimmt einen Ziegel auf, wirft ihn dem Arzt zu, dieser dem Kranken, und jener soll ihn dann dem zweiten Pfleger geben, der den Karren belädt. Zunächst wird das Ganze mehrmals unter Ausschaltung des Patienten durch die drei anderen Beteiligten langsam vorgemacht, wobei gleichzeitig ein bestimmter Rhythmus eingeschaltet ist, der durch gleichmäßiges Zählen ‚eins-und, — zwei-und', usw. verdeutlicht und unterstrichen wird. Hierbei zeigt sich in einer gelegentlichen, kaum merkbaren Augenbewegung des Kranken nach dem Arbeitsgang hin, daß er wenigstens auf einen Augenblick einer derartigen Zuwendung fähig ist. Im folgenden, dem eigentlichen Hauptversuch der ganzen therapeutischen Bemühung, entscheidet sich nun, inwieweit der Kranke einer bestimmten psychomotorischen Leistung im Rahmen einer so geformten, in sich abgerundeten und rhythmisch unterteilten Gemeinschaftstätigkeit zugänglich gemacht werden kann, nachdem bereits vorher durch unausgesetzten Zuspruch versucht wurde, ihm Notwendigkeit, Sinnfälligkeit und vor allem Unausweichlichkeit des ganzen Vorgangs nahezubringen. Nach Art der Ziegelzubringer wirft der erste Pfleger dem Arzt den ersten Baustein zu. Der Kranke wird von letzterem aufgefordert, ihn auf den Anruf ‚eins-und' seinerseits aufzufangen. Zunächst bleibt der Patient unbewegt. Derselbe Arbeitsgang wird immer und immer wieder bis zum gleichen Zeitpunkt wiederholt. Der Ziegel wird stets erneut so nach vorn geschwungen, als ob er sogleich den Händen des Werfers entgleiten müsse. Plötzlich hebt der Kranke mit einem raschen, ganz kurzen Zucken beide Hände kaum einen Zentimeter hoch, gleichsam um zu verhüten, daß ihm der schwere Stein auf die Füße falle. Wird dies beobachtet, so ist wesentlich, daß ein derartig scheinbares Entgegenkommen, zugleich die erste geringe Regung einer spontanen

Handlung des Kranken, vom Arzte ganz unbeobachtet bleibt. Beginnt er jetzt, den Kranken zu loben und ihn aufzumuntern, so wird sogleich die negativistische Sperrung wieder geweckt und vielleicht auf Stunden jede Mühe umsonst sein. Wartet er aber bei geduldigem Fortsetzen der gleichen Geste, in seinem unmittelbaren Zuspruch lediglich auf das sachliche Ziel einer alsbaldigen Durchführung und Beendigung des Unternehmens beschränkt, auf die nächste, vielleicht schon etwas ausgiebigere Gegenbewegung der gleichen Art, so kann er getrost wagen, nun den Stein wirklich zu werfen. Der Kranke wird ihn, ohne sich im geringsten zu verletzen, durchaus zweckgemäß auffangen. Damit ist er in den Wirkungsbereich des Arbeitsvorgangs einbezogen und eigentlich schon alles gewonnen." Solche Arbeitstherapie ist keine fürsorgende, sondern eine biologisch umstellende Arbeit, der eine „rein psychologische", d. h. die biologischen Abläufe verschätzende Theorie nie gerecht werden kann. Der grundsätzlichen Wichtigkeit wegen seien noch 2 Beobachtungen wiedergegeben, die schwere organische Verwirrtheitszustände betreffen. „Beob. 7. Die Kranke H. V. wurde in die Klinik aufgenommen, nachdem sie bereits längere Zeit in einem Krankenhaus einer benachbarten Stadt wegen einer schweren Hirnkontusion nach einem Motorradunfall behandelt worden war. Sie war nach dem Unfall 3 Tage bewußtlos. Lumbalpunktion ergab blutigen Liquor. Blut und Liquor floß aus dem linken Ohr. Am 8. Tage traten, nachdem vorher die Kranke benommen und schläfrig gewesen war, heftige Erregungszustände auf. Die Kranke schrie fortwährend („brüllt den ganzen Tag") und war sehr ungeordnet. Sie wurde unter Luminal und Cloralhydrat gestellt. Die Mittel bewirkten aber nur kurzdauernde Beruhigung. Daher erfolgt die Verlegung zu uns."

„Auch bei uns bestand zunächst die Erregung fort. Sie war benommen, desorientiert, perseverierte und drängte unruhig aus dem Bett. Von Zeit zu Zeit versank sie für kurze Zeit in einen soporösen Zustand. Sobald sie aufwachte, schrie sie laut, verlangte brüllend, zu trinken. Nachts traten dieselben Erregungszustände in kurzen Zwischenräumen ein. Die Kranke war ganz unansprechbar."

„Bei derartigen postkontusionellen Psychosen ist es nun ganz falsch, die Kranke durch große Schlafmittelgaben beruhigen zu wollen, im Gegenteil, die Schlafmittel müssen äußerst beschränkt, ja völlig weggelassen werden. Das letztere gelingt — wenn man überhaupt den Schlafmittelgebrauch gar nicht erst anfängt — meist leicht. Sind von anderer Seite bereits größere Schlafmittelmengen gegeben worden, so ist man meist gezwungen, erst allmählich (in 1—2 Nächten) die Schlafmittel abzubauen. Der entscheidende Vorgang liegt darin, den Kranken zu einer bestimmten Wahrnehmung ihrer Leiblichkeit und der Körperteile zu verhelfen. Dies kann geschehen durch Beruhigung, durch Handgeben, durch Mundpflege, durch Haarpflege. So wurde auch hier verfahren. Es wurde die wachhabende Schwester an das Bett der Kranken gesetzt, welche jede ungeordnete Bewegung der Kranken sofort auffing, indem sie ihr zu trinken gab, den Mund pflegte, die Haare kämmte, die Arme vorsichtig faßte und führte, die Hände führte. Dadurch wurde die Kranke stets sofort ruhig, legte sich hin und schlief wieder ein. Nachdem in der ersten Nacht noch 40 Tropfen Somnifen und 0,5 g Medinal gegeben wurden, waren in der zweiten Nacht — nachdem dieses Regime eingehalten war — nur noch 40 Tropfen Somnifen, in der dritten Nacht kein Schlafmittel nötig. Dieses Vorgehen wurde so lange fortgesetzt, bis am 4. Tage nach der Aufnahme die Kranke klar war und ihre Umgebung erkannte. Dann setzte eine einfache Beschäftigung mit Bindenwickeln an der später zu beschreibenden Bindenwickelmaschine ein."

„Beob. 8. Die Kranke A. M. war bereits 1926/27 und 1933 wegen Depression in der Klinik. 1938 traten bei ihr die Erscheinungen einer schweren Dekompensation eines Herzfehlers ein, die schließlich zu einem schweren Kollaps führte, so daß zunächst sogar an einen Ileus gedacht wurde. Als dieser Zustand richtig erkannt war, wurde mit Strophantin eine internistische Behandlung eingeleitet. Der Zustand verschlechterte sich aber sehr bald. Die Kranke wurde unruhig, verwirrt, die Erregung wirkte natürlich verschlechternd auf die Herzleistung, schließlich fand ich, als ich zugezogen wurde, die Kranke, welche inzwischen reichlich Schlafmittel und auch einige Morphiumgaben erhalten hatte, schwer benommen, schwer zyanotisch und asthmatisch, aber ängstlich, unruhig und in einem so schwer veränderten Gesamtzustand, daß mir die Besorgnisse um den endlichen Ausgang, die mir geäußert wurden, durchaus berechtigt erschienen. Ich glaubte trotzdem — mit aller Zurückhaltung über das mögliche Ergebnis — die Verlegung in meine Klinik empfehlen zu sollen, um arbeitstherapeutisch vorzugehen."

„Entscheidend in solchem Zustand der völlige Verzicht auf Schlafmittel. Die Kranke bekam nur die notwendige Strophantingabe (infolge ihrer Unruhe war man genötigt gewesen, die Halsvenen zu inzidieren). Dagegen wurde an das Bett der Kranken eine besonders ruhige Schwester gesetzt mit dem Auftrag, sofort beim Erwachen mit der Kranken zu sprechen — ohne daß die Kranke viel zu antworten brauche —, so lange fortzufahren, bis die Kranke wieder eindämmere, ruhig vor sich hindöse oder selbst frage oder ausdrücklich zu schlafen wünsche. Danach solle sie sich die ganze Nacht richten und nur im Notfall, wenn die Kranke weiter unruhig bleibe, sich auf den Bettrand setzen und mit ihr von Hand Binden wickeln. Dies letztere war gar nicht erforderlich, denn, wie schon oft erprobt, genügten die Maßnahmen einfachster Instinktbeanspruchung, um die Kranke zu beruhigen."

„Weitere Schlafmittel wurden infolgedessen nicht benötigt und bereits am Morgen nach der Aufnahme war die Kranke besonnen, klar, ruhig, wenn auch recht erschöpft und kreislaufschwach. Sie bekam wieder ihre Herzmittel, und nun war die zweite Maßnahme wichtig, die in solchem Zustand immer nötig ist. Ohne daß die Kranke selbst arbeitet, ja ohne daß man sie in den Kreis der Unterhaltung zieht, wird im Zimmer eine Gruppe ruhiger und verständiger Kranker unter Anleitung einer Schwester mit allerlei weiblichen Arbeiten beschäftigt, es wird erzählt, vorgelesen, gefragt und jede Zuwendung oder Frage der Kranken unbefangen, aber einfach und kurz entsprechend beantwortet. Die Kranke wurde dabei zusehends frischer, wie immer begannen auch hier die Herzmittel wieder voll zu wirken. Die Nacht verlief bei gutem Schlaf störungsfrei, und am nächsten Tag war die Kranke so weit erholt, daß besondere Maßnahmen nicht mehr nötig waren. Sie ist dann rasch wieder in die Med. Klinik zurückverlegt worden."

„Gegenüber solchen Wirkungen einer biologisch richtig angesetzten Arbeitstherapie versagen die üblichen psychologischen Erklärungen völlig."

„Daß sie nicht richtig sein können, habe ich aber im Mescalinversuch vor etwa 10 Jahren selbst erlebt. Ich habe damals auf den verschiedenen Höhepunkten der Vergiftung mich selbst der Arbeitstherapie unterziehen lassen, um selbst einen Überblick über die Sachlage aus eigenem Erleben zu bekommen. Ich habe teils Gutachten durchgesehen, teils phychiatrische Probleme referiert und habe im Laboratorium Gefrierschnitte gemacht u. a. m."

„Es ist klar, daß die Arbeitssituationen ihren eigenen Stimmungsgehalt und ihre eigenen Eindrücke mit herbeiführen, welche zu den pathologischen Erlebnissen oft

recht stark im Gegensatz stehen. Aber wirksam an der Unterdrückung des Krankhaften ist nicht das Wiedererwachen der Erinnerung, der Gepflogenheiten, die Besinnung auf die Anforderungen, noch weniger vollzieht sich irgendeine bewußte Regulierung der verschiedenen gegeneinanderstehenden Erlebnisse."

„Keines der immer wieder angeführten psychologischen Momente war greifbar, als die Wirkungen des Mescalins auf die Sinnestätigkeit bei mir durch die Arbeit am Gefriermikrotom völlig verschwanden. Es fehlen ja auch im Mescalinversuch alle beim Kranken vorhandenen psychologischen Voraussetzungen, in deren Beseitigung angeblich nach den psychologischen Theorien der Arbeitstherapie deren heilsame Wirkung beruhen soll. Das Verschwinden der Mescalintäuschungen unter der Beobachtung aber war ein Befund, auf deren Bedeutung ich schon früh deswegen hinwies, weil hier eine voll im Gang befindliche Vergiftung ohne die üblichen psychologischen Umstände durch Beschäftigung beeinflußbar war. Im Grunde ist das aber keine alleinstehende Beobachtung. Denn jeder kennt die überraschenden Wirkungen plötzlicher situativer Beanspruchung auf schwer Angetrunkene, bei welchen die Berauschung geradezu im Augenblick völlig verschwunden scheint."

„So konnte Müller-Heß einmal — wie er in einem Vortrag 1937 berichtete — beobachten, wie auf einem verkehrsreichen Platz Berlins ein schwer angetrunkener Mann, der schon taumelnd und mit schwerem Zungenschlag in den Kraftwagen gestiegen war, bei dem unvermeidlichen Zusammenstoß mit einem anderen Wagen, der kurze Zeit nachher bei der Überquerung des Platzes eintrat, alle Erscheinungen der schweren Trunkenheit verlor. Später freilich mit Beendigung der Beanspruchung traten sie wieder auf, und Müller-Heß fand den Mann nach längerer Zeit auf der Polizeiwache im Tiefschlaf der Betrunkenen vor."

„Die letzten Beispiele haben dargetan, daß es arbeitstherapeutische Wirkungen gibt, für welche die üblichen psychologischen Deutungen nicht ausreichen. Sie bedürfen einer biologischen Deutung. Da die biologische Beeinflussung zugleich ohne somatisch angesetzten Eingriff geschah, zeigen sie, daß auch der somatologische Standpunkt allein noch nicht zum rechten Wege führt."

Schon Simon-Gütersloh, der Begründer der neuzeitlichen „aktiven Therapie", sah in der „biologischen Wirkung der Persönlichkeit" einen wesentlichsten Faktor. „Wer selbst unsicher ist, kann keine Sicherheit für andere bewirken. Wer selbst um seine Ruhe kämpft, kann andere nicht beruhigen. Wer selbst besorgt ist, weil er die Voraussetzungen der Arbeitstherapie nicht beherrscht, wird nach unerbittlichen biologischen Gesetzen auch nur nachteilige Wirkungen erzielen. Daher ist gerade die wissenschaftliche Unterbauung der Lehre von der Arbeitstherapie die Voraussetzung allgemeiner arbeitstherapeutischer Heilerfolge. Denn nur wo auf Grund wissenschaftlich erzielter Einsichten der Anfänger geschult werden kann, wird er jene Sicherheit erlangen, welche ihn befähigen wird, Heilwirkungen zu erzielen." Nitsche-Sonnenstein kennzeichnete die Arbeitstherapie als „Funktionsübung der Seelenorgane", und auf diesem richtigen Grundprinzip baut S. auf. „Die Begriffe der Funktionsübung und des Seelenorgans überhaupt sind zu allgemein und unscharf, als daß sich von ihnen aus sichere Erfahrungen im einzelnen gewinnen ließen. Sie vermitteln keine Anschauung von der verschiedenen Übbarkeit der einzelnen seelischen Lebensvorgänge, und zwar schon nicht für die seelischen Lebensvorgänge des Gesunden. Erst recht nicht vermitteln sie die für die Behandlung erforderlichen Einsichten in die krankhaften Abwandlungen der Übungsfähigkeit der einzelnen seelischen Lebensvorgänge. In ihnen war die wichtige Tatsache verschleiert, daß ein bestimmter ein-

zelner seelischer Lebensvorgang bei zwei verschiedenen Krankheiten Abwandlungen der Übungsfähigkeit nach zwei verschiedenen Richtungen zeigen kann. Dies gilt für alle seelischen Vorgänge, für die verschiedenen biologischen Formen der Denktätigkeit, der Gemütsbewegungen, der Strebungen und Regungen der Sinnestätigkeit und der Instinkte. Sie alle vereinigen in sich biologisch höchst verschiedenartige Vorgänge. Wenn für die Beherrschung arbeitstherapeutischer Wirkung die Einsicht entscheidend ist, daß seelische und geistige Lebensvorgänge eben selbst biologische Vorgänge sind, die mit geeigneten Mitteln biologisch gesteuert werden können, so kommt es nicht allein darauf an, daß einzelne Instinktreaktionen oder daß einzelne Gemütsabläufe, einzelne Denkvorgänge, Strebungen und Regungen und beliebige seelische Zusammenhänge für sich beansprucht werden, wie es ihren jeweils gesonderten biologischen Gesetzen, z. B. denen ihrer Differenzierung, ihrer Übbarkeit, ihrer Übungsnachdauer, ihrer Ansprechbarkeit, ihrer Ausstrahlungswirkung auf andere Funktionszusammenhänge und weiterer gesetzmäßiger biologischer Merkmale des Lebensgeschehens entspricht. Nicht jede Instinktreaktion ist in gleicher Weise übbar wie eine andere, ebenso verhalten sich verschiedene Gemütsbewegungen in dieser Hinsicht ganz verschieden. Schließlich aber war in Nitsches Darlegungen der Umfang des „Biologischen" überhaupt eingeschränkt auf die Wirkungen der Übung und auf die dadurch gegebenen Analogien zur Organverkümmerung und Organvergrößerung. Über die Übungsverhältnisse hinaus gibt es doch aber noch eine Fülle wichtiger biologischer Tatsachenkreise und Wirkungszusammenhänge. Hier wären zu nennen: die Verhältnisse der Funktionsentfaltung (Differenzierung) und Funktionsverwischung (Entdifferenzierung), der Funktionsverfeinerung und Leistungsschärfung und der Funktionsabstumpfung, die Ausbildung größerer Funktionsketten und deren Sicherheit u. a. m. Zur Vereinfachung der Darstellung werde ich aber später immer nur die „Übung" als Beispiel heranziehen. Wichtig war aber nun vor allem die Ermittlung dieser Verhältnisse für alle in Frage kommenden Zustandsbilder und Symptome. Denn erst dann war erreicht, was man brauchte, der biologische Unterbau für den arbeitstherapeutischen Einsatz am einzelnen Zustandsbild und Syndrom. Denn für die Anwendung der Arbeitstherapie ist es doch wesentlich zu wissen, wie sich im Einzelfalle, sagen wir z. B. bei einem besonnenen Schizophrenen mit Gedankenentzug und Zerfahrenheit, die einzelnen biologischen Merkmale der Übbarkeit, Entfaltbarkeit, Ansprechbarkeit und der Rückwirkung auf alle nebengeordneten Leistungen und Vorgänge, also für das Denken, für das Gemütsleben, für das Instinktleben usw. des Kranken verhalten und ob und wie nicht etwa bei einem verwirrten katatonen Erregungszustand mit schwerem Wortsalat, Parakinesen und hochgradigem Negativismus ganz andere biologische Bedingungen für sie gegeben sind. In der Arbeitstherapie kommt es doch nicht nur darauf an, Arbeitssituationen als Ganzes oder Pflegesituationen herzustellen, sondern es kommt darauf an, durch ihre geeignete und von Fall zu Fall wechselnde Formung in geeigneter Weise einen biologischen, über seelisches und körperliches Geschehen als biologischen Gesamtvorgang hinweggreifenden einzelnen Lebenszusammenhang so zu steuern, wie es das in diesem seelisch-körperlichen einzelnen Funktionsgesamt liegende Ablaufsgesetz fordert. Wo mehrere derartige biologische Funktionsgesamte gestört sind, wird die biologisch wirksame Formung der Lebenssituation nur schwieriger, aber keineswegs unmöglich, wenn man nur die biologische Ablauftendenz kennt, die sich in den einzelnen Symptomen ausdrückt. Denn in der Arbeitstherapie werden, wenn sie richtig gehandhabt wird, biologische Einzelfunktionszusammenhänge angesprochen, welche über

leibliches und seelisches Geschehen als gesetzmäßig geordnete Teilfaktoren des organismischen Geschehens herrschen. Die Tatsache, daß diese vorläufig weder in der modernen Pathophysiologie, noch in der Konstitutionstypologie, noch in der Klinik und Erbbiologie darstellbar gewesen sind, will hier nichts besagen. Daß sie vorhanden sind, zeigte der Versuch, sie arbeitstherapeutisch auszunutzen, und die darauf begründete Sicherheit der Heilwirkung. Aber darüber möchte ich keinen Zweifel lassen, daß es sich um Gesetze handelt, die nur in der unmittelbaren Reaktion des Organismus auf die Lebensbedingungen erkennbar sind und daher laboratoriumsmäßig niemals als Ganzes darstellbar sein werden. Hier zeigt sich besonders scharf die Tatsache, daß mit der Arbeitstherapie eine biologische Gesamtbetrachtung unabdingbar verbunden ist, welche es unmöglich macht, in Zukunft noch wie bisher psychologische, psychopathologische und nosologische, aber auch therapeutische Untersuchungen an Kranken anzustellen, welche durch völliges Herausfallen aus der Gemeinschaft zugleich auch aus biologischen Grundvoraussetzungen des menschlichen Lebens herausfielen. Einzelne Befunde (z. B. Stoffwechsel) mögen nur in Laboratorien erweitert werden können. Das ändert nichts daran, daß die Arbeitstherapie eine spezifisch biologische Heilweise ist, welche Gesamtfunktionsketten und -vorgänge des Organismus anspricht und aufdeckt! Einzelfragen, so die Instinktreaktionen" (wobei McDougall Erwähnung verdienen würde. Ref.), „das Tätigsein in der Biologie arbeitstherapeutischer Wirkungen, die Bedeutung der biologischen Verschiedenheiten einzelner seelischer Funktionen in der Arbeitstherapie" werden anschließend erörtert. Dann folgen die wichtigen Ausführungen über „die Bedeutung der sog. Symptomverbände in der Biologie der Arbeitstherapie". „Die dritte und wichtigste Bedingung ist aber die, daß die Erscheinungen der Geisteskrankheiten ganz bestimmten biologischen Strukturgesetzen unterstehen, welche bestimmte besondere seelische und bestimmte besondere körperliche Symptome zu Symptomverbänden zusammenschließen, über welche jeweils ein selbständiges und eigenartiges biologisches Gesetz waltet." „Ich wähle das Beispiel der Schizophrenie." „Erst der arbeitstherapeutische Umgang mit den Kranken hat uns die tieferen biologischen Zusammenhänge erkennen gelehrt. Danach ordnen sich die schizophrenen Symptome in drei biologische Gruppen, welche wir, um die Tatsache hervorzukehren, daß es sich hier um Zusammenordnungen von Symptomen und noch nicht um die Herausstellung der zugrundeliegenden biologischen Vorgänge selbst handelt, als Symptomverbände bezeichnen wollen. Diesen werden wohl gewisse normale Funktionsverbände entsprechen. Innerhalb jedes einzelnen Symptomverbandes können sich die Symptome unabhängig von denen der anderen zu größerer Schwere und stärkerer Ausprägung entwickeln.

Der eine Symptomverband ordnet sich um die innere Erscheinung der Flüchtigkeit, objektiv um das Symptom des Gedankenentzugs. Ihm gehören noch an die Phänomene des Entgleisens, der schizophrenen Substitution, der Lückenbildung im Erleben und im Gedankengang, des Gedankenlautwerdens und die Phänomene des inneren Verlustes der Eigenaktivität und der eigenen Herrschaft über die Erlebniszusammenhänge (Gefühle der Beeinflussung, der Willenslähmung, der Hypnose) sowie der Sperrung. Wir haben diese Symptome zugleich in der Reihenfolge aufgeführt, in der sie eine Reihe der zunehmenden Schwere der biologischen Abwandlung des Seelengeschehens darstellen. Diesem Symptomverband sind keine klinisch erkennbaren somatischen Störungen zugeordnet. Schizophrene Psychosen, deren Symptomenbild sich ausschließlich im Bereich dieser Erscheinungen bewegt, lassen stets jede

Stoffwechselstörung im klinischen Bild vermissen. Wir lassen es dahingestellt, ob genaue Laboratoriumsuntersuchungen sie noch aufdecken.

Der zweite Symptomverband ist zugeordnet dem inneren Verlust der Eindringlichkeit der Erlebnisse, objektiv der damit verbundenen Sprunghaftigkeit des Denkens, der Aufmerksamkeit und des Wollens, wie sie klinisch am deutlichsten in der Hypermetamorphose, im Vorbeireden und in den abrupten Witzeleien der Kranken entgegentritt. Als weiterer Steigungsgrad der Störung schließt sich an eine Minderung der seelischen Gefühle im Sinne Schelers, sowie eine ausgesprochene Labilität der sog. dynamischen Gefühle (wie Enttäuschung, Erwartung usw.). Frühzeitig kündigen sich in diesem Verband aber an Störungen der Vitalgefühle, in höherem Grade kommt es hier zu einer dem Normalen ganz fremden Bereicherung der Vitalgefühle um neue krankhafte Qualitäten (bis zum Gefühl des Erstorbenseins), sowie zu einer Abschwächung der normalen Vitalgefühle. Eng damit verknüpft scheinen die physikalischen Täuschungen und die Halluzinationen im Bereich des Leibwahrnehmens zu sein. In den höchsten Graden tritt schließlich eine Enthemmung der dranghaften Entladungsbereitschaft hinzu, welche die hebephrene läppische Erregung kennzeichnet. Diesem seelischen Symptomverband ist zugeordnet eine auch klinisch erkennbare Stoffwechselstörung. Sie ist von uns noch nicht untersucht, weil dafür leider bislang die technischen und finanziellen Möglichkeiten fehlten. Sie tritt aber in dem Gewichtsverfall derartiger Kranker, in den Störungen der Nahrungsverwertung selbst bei ausreichender Nahrungsaufnahme deutlich in Erscheinung.

Der dritte Symptomverband der Schizophrenie ordnet sich um die innere Tatsache des Gliederungsverlustes der Erlebnisse, objektiv um die Erscheinung des faseligen Denkens. Der leichteste Grad desselben ist die eigenartige Verschwommenheit des Denkens zahlloser Schizophrener, ein höherer Grad sind die fremdartigen Bedeutungsbezüge, aus denen schließlich der Primärwahn dieser Kranken hervorgeht. Die weiteren Steigerungsgrade dieser Störung des Denkens sind die Verschmelzungen, das Symboldenken, das Faseln, der Wortsalat, die Reihung. Im Gemütsleben gehören zu diesem Verband die bei Schizophrenen auftretenden Störungen der Sachwertgefühle, die schweren Störungen des Willenlebens (Parabulien, Parakinesen u. a.), um nur die wichtigsten Erscheinungen aufzuzählen. Dieser Symptomverband hat in den schweren Ausprägungsgraden durchaus eigenartige Stoffwechselstörungen im Gefolge: die Kranken, bei denen er überwiegt, zeigen zumal bei schweren Störungen fast stets eine Neigung zum krankhaften Wasserverlust, zu subkutanen Blutergüssen, zum Verfall in Kachexie, zur Ketonurie, zur Temperaturerhöhung und zur peripheren Zyanose. Die schwersten Bilder dieser Art werden durch die tödliche Katatonie Stauders gebildet, welche allerdings durch Symptome aus den anderen Symptomverbänden vervollständigt wird." „Entscheidend ist, daß sie biologische Gruppen darstellen, welche seelische und körperliche Einzelstörungen einem übergreifenden Gesetz unterordnen, und daß sie also eine Ordnung der Krankheitserscheinungen einer Psychose darstellen, welche nicht durch die Nachwirkung der dualistischen Ontologien über Leib und Seele oder vom Positivismus beeinflußt ist."

„Die biologische Bedeutung des Umgangs mit Geisteskranken" wird nun an einer Fülle von Beispielen und Grundsätzen dargetan; Anschaulichkeit (auch des Gemütslebens in der Gemeinschaft!), Entgegenkommen gegen einzelne pathologische Funktionen (stereotype Arbeit bei Zerfallenden, affektive Beanspruchung besonnener Zerfahrener oder Verblödender oder Wahnkranker usw.), Versperrung von Ausweichmöglichkeiten, Nutzung der Empfänglichkeit (Neugier Schizophrener, Ablenkbarkeit

„Jammernder-Melancholischer“ durch aktuell interessante Unterhaltung usw.), die „psychologische Zange“ durch mehrere Hilfspersonen usw. werden in ihrer Bedeutung klar geschildert. Angehörige sollen möglichst mit eingebaut werden, obwohl sie zuerst durch die Erkrankung des nahe Verwandten in eine Neurotisierung geraten. Die Wirkungsweisen sind durch folgende Umstände gekennzeichnet oder auch begrenzt:

1. Die Wirkung wird erzielt entweder durch Entlastung kranker Seelenvorgänge, auf deren Leistung nicht verzichtet oder welche durch keine andere Funktion ersetzt werden kann, indem man scheinbar krankhaften Erwartungen entgegenkommt.
2. Die Wirkung kommt zustande durch Ruhigstellung der erkrankten Funktion, indem niedere oder auch höhere, gesundgebliebene Funktionen vorzugsweise ansprechen und die volle Lebens- und Situationsgestaltung übernehmen.
3. Die Wirkung kommt zustande durch Verhütung pathologischer Übungs- und Rückwirkungsvorgänge, sowie durch die Ausschaltung sich gegenseitig antreibender ungünstiger Wechselwirkung kranker Seelenvorgänge aufeinander.

Die Wirkung hängt von Alter, Bildungsgrad, Arbeit und Beruf, seelischer Beweglichkeit und Übungsfähigkeit überhaupt, d. h. aber von Umständen, welche wie Alter und auch Bildung (welche ja weiter nichts ist als Festlegung der biologischen Übungsverhältnisse in eine ganz bestimmte Richtung) biologische Voraussetzungen geschaffen haben können, unter welchen die Ansprechbarkeit einzelner Funktionen, z. B. Instinkte (bei höherem Alter) erloschen oder die weitere Übungsfähigkeit durch Abstumpfung (einseitige Berufswirkungen) oder durch Erreichung der Höchstbeanspruchung (bestimmte Bildungsstufen) aufgehoben ist.

„Man muß sich aber ständig darüber klar sein, daß man die gewollte biologische Wirkung durch die psychologischen Mittel des Umgangs anstrebt.“ Der Arzt muß vorurteilsfrei und instinktsicher sein, Mut und Unabhängigkeit besitzen, die gesamte Anstalt muß richtig organisiert sein. An einzelnen Aufgaben werden diese Grundsätze anschaulich belebt.

Dem Vertreter einer bionomen Psychotherapie ist alles Grundsätzliche dieses Standardwerkes recht aus dem Herzen geschrieben. Ob es glücklich ist aus Besorgnis vor einer falsch-dualistisch-spiritualistischen Psychologie das Wort „psychologisch“ so weitgehend durch „biologisch“ zu ersetzen, daß „zwischenmenschliche Beeinflussung“, „instinktive Zuwendungsreaktionen aller Menschen aufeinander“, „zwischenmenschliches biologisches Geschehen“, „biologischer Wirkungskreis zwischenmenschlicher Anregungen“ usw. als „biologica“ erscheinen, ob es nicht fruchtbarer wäre, hier von bionom-psychologischen Ordnungen zu sprechen, ist mehr eine Frage der Terminologie. Spezielle Psychotherapie bei Psychosen wird im Sinne K r e t s c h m e r s (dem S. gern ein „z“ zusteuert!) bei Schizophrenen in der Rekonvaleszenz als „schlechthin unentbehrlich“ bezeichnet. Der Gesundete behält leicht neurotische Unsicherheitshaltungen, die von seiner Umgebung für Krankheitsreste gehalten und fixiert werden (organische Hirnkrankheiten, Intoxikationen, „endogene Psychosen“). Psychotherapie greift nach Ansicht des Verf. „in die Gestaltung dieser biologischen Grundlagen nicht ein, sondern formt nur und übt nur, führt nur und reguliert das aus den gegebenen biologischen Grundlagen entstehende Gesamtverhalten. Hier liegt auch ihr wesentlicher Unterschied zur Arbeitstherapie. Diese greift unmittelbar in das biologische Gefüge hinein und verliert daher ihren eigentümlichen Charakter mit der Genesung der Kranken. Man kann auch in der Psychotherapie sich der Arbeit als Mittel bedienen. Aber Arbeitseinsatz als Mittel der Psychotherapie bedeutet etwas ganz anderes als Ar-

beit im Dienst der biologischen Beeinflussung erkrankter Funktionen". In der anschließenden Psychotherapie steht der Kranke als Selbständiger, Aussprachefähiger; die Arbeitstherapie arbeitet nach generell-biologischen, die Psychotherapie nach individuellem Gesichtspunkte (obwohl die Arbeitstherapie selbstverständlich „individualisiert"!); doch „wir müssen freilich in der Psychotherapie der Psychosen alles noch von der Zukunft erwarten, auch wenn wir sie, wie das durch die Sachlage begründet erscheint, nur als Nachbehandlung üben". Nach Schockbehandlungen ist die seelische Plastizität auch für Psychotherapie gesteigert, die assoziative Übungsfähigkeit, die „Übungs- und Differenzierungsfähigkeit einer ganzen Reihe weiterer seelischer Leistungen, auch einzelner Gemütskategorien" erhöht. Die Psychotherapie „bei bestimmten Formen der Psychopathie, der Charakterfehler, der Zwangsneurosen und der Konfliktneurosen" soll „durch zweckmäßiges Handeln", durch Führung und Erziehung mittels Arbeit erfolgen, wodurch wir „die Eigenverarbeitung seines Erlebens formen". Psychagogik, nötigenfalls Zwang, sind am Platze; Hypnose und Psychoanalyse sollen nach Ansicht des Verfassers „die biologische Kraft des Brüchigen nicht stärken, sondern schwächen". Unter Mithilfe der Angehörigen und sinngemäßer Lebensgestaltung „werden selbst Organneurosen, Vasoneurosen, spastisch-vegetative Neurosen und andere konstitutionelle Abartungen einer biologischen Therapie in diesem Sinne zugänglich. Arbeit, Beruf, Familie, Tageseinteilung, Diät sind hier die Gegenstände der biologischen Formung. Der Arzt muß hier oft genug in die Rolle eines entschlossenen „Befehlshabers" hinüberwechseln. Hat man aber einmal dem Kranken das Erlebnis richtiger Einfühlung in die Umwelt verschafft, und hat man von diesem neuen Erlebnis aus die Verarbeitung seines bisherigen Lebensganges ohne Beschönigung und ohne Vertuschung geleitet, so kommt es nur noch darauf an, daß man ihn in seiner neuen Haltung einübt. Für gewöhnlich kommt dann eine Zeit, in der sich noch einmal die inneren Widerstände anhäufen, ehe der Kranke sich restlos der neuen Richtung des Lebens überläßt. In diesem Falle kommt es darauf an, ihm das Erlebnis der Befreiung zu verschaffen, das in der zweckmäßigen Angleichung an die Forderungen des sozialen Milieus liegt und ihn mit doppeltem Nachdruck von diesem Erlebnis aus zu führen" (was keinen erfahrenen Psychotherapeuten erstaunen wird, da hier Rand- und Schichtneurosen vorliegen). Unter Ablehnung psychoanalytischer Verfahren werden S p e e r und v. W e i z s ä c k e r bejaht. „Freilich, jene Zwangsneurotiker, die dem schizoformen und schizoiden Persönlichkeitskreis angehören, sind auch unter diesen Gesichtswinkeln wenig beeinflußbar, dagegen wächst die Beeinflussung der periodischen Zwangsneurotischen und der in bestimmten Konfliktssituationen zwangsneurotisch Reagierenden wesentlich mit der Befolgung der aus der Arbeitstherapie sinngemäß abgeleiteten psychotherapeutischen Grundsätze. Angesichts der Tatsache, daß zahllose Zwangsneurotiker in der ‚Gewissensangst', in der sie sich befinden, und in der ‚reflektierenden' Charakterhaltung, zu der sie biologisch angelegt sind, aus dem unmittelbaren Erlebnis der Gemeinschaftswirkung mit Notwendigkeit herausfallen, ist es eine der vordringlichsten Aufgaben, ihnen durch taktvollen aber zwingenden Eingriff das unmittelbare Erlebnis der biologischen Rückwirkung der Gemeinschaft und die daraus folgende Stützung wieder zu verschaffen. Dann schwindet die Angst, und das ‚Gewissen' vermag sich zu beruhigen, je mehr man den Zwangsneurotiker anschaulich erleben läßt, daß instinktgemäße Reaktionen eine der notwendigen Grundlagen der menschlichen Existenz sind." Zur „Abwehr von Mißverständnissen" betont S. ausdrücklich, daß Psychotherapie n i c h t Einführung eines außerbiologischen ‚Seelen'-Faktors bedeute und kennzeichnet sie: „Psychotherapie ist hier ebenfalls als eine bestimmte

Form zwischenmenschlicher biologischer Wirkung genommen, wenn es auch keineswegs möglich war, nun diese Wirkungen auf die einzelnen Funktionskreise im einzelnen darzustellen. Aber es ist diejenige Form biologischen Wirkens auf Abnorme, in welcher mit der biologischen Konstanz der seelischen Funktionen (was die Labilität ihrer Leistungen nicht ausschließt) gerechnet wird. Daher kann ihr Einsatz auch nur unter bestimmten Bedingungen erfolgen, die zum Teil den für Arbeitstherapie erforderlichen oder für Arznei- und Krampf- oder Hypoglykämiebehandlung günstigen entgegengesetzt sind. Daher ist es auch unmöglich, die einzelnen Methoden biologisch gegeneinander auszuspielen."

„Auch das weitere Mißverständnis, als ob erst durch Psychotherapie die nötige Individualisierung des ärztlichen Handelns erreicht werde oder die Bereitschaft zur Aufnahme der übrigen Heilwirkungen wachse, glaube ich genügend schon ausgeschaltet zu haben. Wer sich die Möglichkeiten voll durchdenkt, welche in der Lehre von den Symptomverbänden und ihrer Wirkung auf die biologische Reaktionslage des Organismus gegeben sind, wird sich bald über den angeblichen Gegensatz und Zwiespalt zwischen individuellen und überindividuellen Aufgaben des Arztes hinweggehoben fühlen."

Das außerordentliche Werk von S. ist selbst in einem ausführlichen Referat nicht entfernt auszuschöpfen und muß von jedem Psychotherapeuten eingehend durchgearbeitet werden. Uns bedeutet es einen wichtigen Schritt vorwärts zur wirklichen Erfassung des Psychischen als „biologischer Höchstfunktion", wenn wir auch glauben, annehmen zu dürfen, daß sorgfältig besonnene Tiefenpsychotherapie in geeigneten Fällen gleichfalls in die „bionomen" Grundumstellungen reicht, und daß in vielen Erfolgen des Verf. Abläufe vorliegen, die der tiefenpsychologischen Kenntnis und Bearbeitung zugänglich sind. Der Einbruch einer biologisch fundierten aktiven „Psychotherapie" in die Psychiatrie ist grundsätzlich von größter Bedeutung, auch für tiefenpsychologische Bemühungen um solche Kranke. J. H. Schultz (Berlin).

Shryock, Richard Harrison, Die Entwicklung der modernen Medizin. Geleitwort von Prof. Paul Diepgen. 374 S. Mit zahlreichen Kurven und Tabellen. Stuttgart 1940. Ferdinand Enke. Preis: 18,— RM., geb. 19,80 RM.

Verf., Nichtmediziner, Professor der Geschichte in Philadelphia, gibt einen historisch-soziologischen sowie kultur- und geistesgeschichtlichen Entwicklungsgang der modernen Medizin von 1600—1930 in 22 Kapiteln. Der Riesenstoff ist von Kapitel zu Kapitel neu um einen zentralen Gesichtspunkt gesammelt, so daß das Werk zugleich eine rhapsodische Kulturgeschichte von 1600—1930 bedeutet. Wie Diepgen in seiner Einleitung mit Recht betont, ist eine außerordentliche Tatsachenfülle gestalterisch gebändigt, wobei namentlich die psychologische Seite der Verläufe stets die gebührende Beachtung findet. So bietet das ausgezeichnete Werk Lesern verschiedenster Berufsgruppen, ja jedem Lebensbefaßten reichste Anregung, zumal es viele Sondererfahrungen aus der amerikanischen Entwicklung bringt; trotz sachlicher besonnener Kritik ist es von gesundem Optimismus getragen, und wird besonders unserem Arbeitskreise Wesentlichstes vermitteln. J. H. Schultz (Berlin).

Speer, Ernst, Grundsätzliches zum Schlafmittelproblem. Dtsch. med. Wschr. 1940. Jahrg. 66. N. 41.

Gegen ein Schlafmittel am richtigen Ort ist nichts einzuwenden, aber es ist zu bedenken, daß Schlafmittel immer nur ein Behelf und keine Heilmittel sind. „Ein richtig verordnetes Schlafmittel ist immer ein selten verordnetes." Schlaflosigkeit be-

deutet Störung der Erlebnisverarbeitung. Schlafmittel bedeuten Narkose, und ein narkotisiertes Hirn ist noch weniger zur Erlebnisverarbeitung fähig. Auf die „Reklamewellen der Erzeugerfirmen“ und auf die Verführung der Ärzte zur Schlafmittelverschreibung durch das Publikum wird besonders hingewiesen. G. Fuhge (Berlin).

Wilms, Edmund, Der lokale Stupor als Weg zu einer physikalischen Lokalanästhesie. Arch. Orthop. Unf. Chir. 1940. Bd. 11. S. 329—336.

Schmerzausschaltung bei Verletzungen kann durch örtlichen Gewebsstupor (Gussenbaum), durch allgemeinen Wundschreck (Bardeleben) oder Wundschlag (Wieting) und endlich durch seelischen Wundstupor (Sauerbruch) geschehen. W. interessiert sich für das örtliche Schmerzloswerden im Hinblick auf neue (physikalische) Möglichkeiten der Lokalanästhesie und entwickelt die folgenden uns interessierenden Gesichtspunkte (S. 336):

„1. Der lokale Gewebsstupor wird von der leiblich-seelischen Ganzheit der Person her als eine positive Leistung der Lebensfunktionen und als eine Selbsthilfe des Organismus verstanden. Die Aufdeckung seiner Entstehungsmechanik wäre zur Entwicklung einer gleichsam physiologischen Lokalanästhesie daher von ärztlichem Interesse.
2. Eine vorübergehende Druckerhöhung im Gewebe ist das einzige allen Formen der Stuporentstehung gemeinsame Kennzeichen. Ihr ist daher eine kausale Bedeutung zuzusprechen.
3. Das physikalische Substrat jeder zur Stuporbildung führenden traumatischen Einwirkung stellt die Erschütterung dar; das ist ein Feld mechanischer Schwingungen, in dem longitudinale Druck- und Dichteschwankungen radiär von der Einwirkungsstelle aus mit Schallgeschwindigkeit durch das Gewebe fluten.
4. Die Entstehung von Verletzungen ist im Erschütterungsfeld an eine Mindestgröße der Druckamplituden gebunden.
5. Durch die Wahl einer kleineren Druckamplitude und einer entsprechend sehr viel höheren Frequenz ist es möglich, in der Zeiteinheit durch eine Raumeinheit die gleiche Menge an Druckerhöhung fluten zu lassen, wie sie zur Stuporbildung erforderlich ist, und trotzdem jede Gewebsschädigung zu vermeiden.
6. Die Durchflutung des Gewebes mit mechanischen, elastischen Wellen ist bei Verwendung sehr kleiner Druckamplituden und bestimmter Frequenz ein geeignetes Verfahren zur Erzeugung einer Lokalanästhesie gleicher Natur, wie sie der Körper im lokalen Gewebsstupor bildet.
7. Die experimentelle Nachprüfung mit technisch noch unzulänglichen Mitteln bestätigte das Anästhesierungsprinzip und zeigte, daß die erforderliche Mindestfrequenz 2000 Hz. beträgt.“ J. H. Schultz (Berlin).

V. Einheit von Leib, Seele und Geist

Stieve, H., Nervös bedingte Veränderungen an den Geschlechtsorganen. Dtsch. med. Wschr. 1940. Jahrg. 66. Nr. 34.

Die hier mitgeteilten Untersuchungen sind von großer Bedeutung für die Frage des Leib-Seele-Zusammenhanges. Verf. weist darauf hin, daß unter dem Eindruck der Entdeckungen hormonaler Wirkung der Einfluß des Nervensystems auf die Keimdrüsen vernachlässigt worden sei. Er berichtet über anatomische Untersuchungen an Keimdrüsen von Verbrechern, die durch Hinrichtung oder Selbstmord starben. Es

fanden sich sehr ausgeprägte mikroskopische Veränderungen, und zwar im Sinne einer Rückbildung der Hoden und Stillstand der Samenbildung, entsprechende Veränderungen auch an Eierstöcken weiblicher Gefangener. Diese Veränderungen bezieht Verf. auf die vorangegangene Angst und Aufregung, also auf den Einfluß des Nervensystems, und schließt mit den Worten: wir sind also wohl berechtigt, hier von einer psychisch bedingten, anatomisch nachweisbaren Sterilität zu sprechen. Zur Unterstützung dieser Auffassung werden ähnliche anatomische Beobachtungen an Tieren mitgeteilt.

G. Fuhge (Berlin).

VI. Erbbiologie und Rassenkunde

Kranz, H. W., Die Gemeinschaftsunfähigen. I. Teil. Verlag K. Christ, Gießen. 4,50 RM.

An Hand des Ergebnisses einer mühevollen Untersuchung von 198 Sippen mit 4502 Sippenmitgliedern, die asoziale Angehörige aufweisen, unterstreicht der Verfasser eindringlich die Forderung der Rassenhygieniker und Bevölkerungspolitiker nach baldigem Eingreifen des Gesetzgebers um die biologische Gefahr, die die Gemeinschaftsuntüchtigen bilden, einzudämmen. Durch zahlreiche sorgfältig zusammengestellte Tabellen wird das Asozialenproblem eindringlich nach allen Richtungen hin veranschaulicht und auf Grund der Ergebnisse die Ausmerze dieser „Erbuntüchtigen" gefordert, die bei dem augenblicklichen Stand unseres Aufartungsprozesses in ihrer Dringlichkeit noch vor die der „Erbkranken" gestellt wird.

Zimmermann (Berlin).

VII. Gesetzeskunde und Gutachtenwesen

Delius, Ludwig, Kreislaufkrankheiten und Nierenkrankheiten bei Kriegsbeschädigten, Erscheinungsform und Verlauf. Unter besonderer Berücksichtigung organisch-psychogener Grenzzustände. („Arbeit und Gesundheit", Sozialmedizinische Schriftenreihe aus dem Gebiete des Reichs- und Preußischen Arbeitsministeriums. Herausgeber Prof. Martineck, Nr. 28.) 126 S., 17 Abbildungen, 15 Tabellen. Mit Vorwort von Prof. Bohnenkamp. Leipzig 1936. G. Thieme. 4,— RM.

Die funktionelle Bindung zwischen seelischen Vorgängen (Spannung, Erregbarkeit) und der Tätigkeit eines besonders belasteten und beanspruchten Organes („Kriegsherz") ist die klinische Grundlage vieler Fälle von „Organwahl". 20 Jahre nach dem Kriege nachuntersuchte Fälle von „Herzneurose" zeigten in 18% echte organische Erkrankungen, ohne daß nach dem Kriege neue Sonderschädigungen erfolgt wären und bei fortlaufender fachärztlicher Kontrolle. Das sehr große Krankengut entstammt den Versorgungsämtern Gießen und Freiburg i. B.; Rentenneurotiker wurden bei der Untersuchung ausgeschlossen, Astheniker schienen bevorzugt. „Es ist dabei zu beachten, daß in allen diesen Fällen eine psychotherapeutische Behandlung nicht stattgefunden hat", aber „bei Beruhigung und Ordnung der Lebensverhältnisse" trat ein Rückgang der Symptome ein, besonders bei thyreotoxischen Bildern. Die Kranken erschienen vor und nach dem Kriege vollwertig, nicht in irgendeiner Richtung konstitutionell minderwertig. Eigentliche Arteriosklerosen und Hypertonien zeigten sich nicht vermehrt, es handelt sich um nichtentzündliche Herzmuskelerkrankungen. Rentenzahlungen sind für diese Kranken abzulehnen, sondern eine produktive Sicherung und Entlastung ist das Gebotene, nachdem eine angepaßte Arbeitstherapie

(von Weizsäcker, C. Schneider) Erfolg gehabt hat. Im Freiburger Material zeigten sich häufiger Herzschäden als im Gießener. Fast befundlose „Nierenkranke" schilderten wort- und bilderreich Nierenschmerzen, während die objektiv niereninsuffizienten anderes klagten. Für den Mißbegriff „Organneurose" empfiehlt D. „funktioneller Störungszustand" zu sagen.

Die klare kritische und grundsätzlich-bedeutsame Schrift muß jedem Psychotherapeuten geläufig sein. J. H. Schultz (Berlin).

Jorus, G., Rheumatische Gelenkerkrankung und Unfallzusammenhang. Med. Klin. 1940. Jahrg. 36. H. 31.

Die Anerkennung eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Unfall und rheumatischer Gelenkerkrankung muß von der Erfüllung bestimmter Vorbedingungen abhängig gemacht werden. Diese werden erörtert und begründet. G. Fuhge (Berlin).

Lemke, Rudolf, Neue Auffassungen zur Pathogenese, Klinik und strafrechtlichen Stellung der männlichen und weiblichen Homosexualität. Med. Klin. Jahrg. 36. H. 49. 1940.

Verf. sieht in endokrinen Störungen die wichtigste Voraussetzung der Homosexualität, und zwar vermutet er, daß die hormonalen Störungen sich durch Schädigung gewisser Hirnzentren bilden, etwa im Zwischenhirn. Er fand bei Schädelaufnahmen und Enzephalogramm Erweiterung der Ventrikel und eine sehr große, gelegentlich aber auch eine auffallend kleine Sella turcica. „Ob und inwieweit die endokrine Störung bei der Homosexualität immer zerebral bedingt ist, läßt sich zunächst nicht erweisen. Die hier mitgeteilten Befunde sind nur bei einer geringen Anzahl von Homosexuellen festzustellen. Eine Dysfunktion des zerebralen Geschlechtszentrums braucht aber auch nicht immer grob morphologisch sichtbar zu sein!" — Umweltverhältnisse und persönliche Charaktereigenschaften können eine wesentliche Bedeutung bei der Triebumkehr haben, aber für sich allein keine homosexuelle Einstellung hervorrufen, dagegen kann der Anlagefaktor allein sich zur Homosexualität entwickeln. Da die Strafbestimmungen einen wichtigen hemmenden Faktor für die Manifestierung der Anlage bilden, dürfen trotz der Annahme einer endokrinen Störung homosexuelle Handlungen nicht für straffrei erklärt werden. Verf. hofft, bei weiterer Kenntnis der innersekretorischen Grundlage die Homosexualität durch Hormonpräparate beeinflussen zu können. Diesen Optimismus und die einseitig-somatologischen Auffassungen des Verfassers können wir nicht teilen. G. Fuhge (Berlin).

Mittermaier, Wolfgang, Zur Kriminalbiologie. Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht. 54. Jahrg. 1940. 2. Heft. S. 142ff.

Der Verfasser gibt eine sehr interessante Kritik und Paraphrase von dem 1939 erschienenen Werk des Münchener Kriminalisten Exner über Kriminalbiologie. Dabei setzt sich der Verfasser in großer Ausführlichkeit mit dem gesamten Schrifttum auseinander. Hedwig Ruscheweyh (Hamburg).

Mueller-Walcher, Gerichtliche und soziale Medizin einschließlich des Ärzterechts. Ein Lehrbuch für Studenten und Ärzte. Lehmanns medizinische Lehrbücher, Bd. XVI. J. F. Lehmanns Verlag, München 1938. Preis Geh. RM. 6,40, Leinen RM. 8.—.

Wenn es im Zentralblatt für Psychotherapie ein Anwalt unternimmt, eine ausführliche Besprechung eines nicht juristischen Buches zu veröffentlichen, so bedarf

das einer Rechtfertigung. Sie liegt in der beim psychotherapeutisch tätigen Arzt und beim Anwalt wohl täglich wiederholten Erfahrung, daß in den Sprechstunden Fragen des anderen Berufskreises auftauchen. Selbstverständlich ist es nicht Aufgabe des Psychotherapeuten, einen juristischen Ratschlag zu geben, wie es ebenso verfehlt wäre, wenn sich der Anwalt auf medizinisches oder psychotherapeutisches Gebiet vorwagen wollte. Trotzdem ist jeder Arzt und Anwalt täglich berufen, mit seinem Patienten und Klienten zu besprechen, ob und an welcher Stelle des zu behandelnden Problems sich Fragen der anderen Disziplin ergeben. Diese lebhafte Wechselwirkung wird besonders deutlich, wenn man sich das hier zu besprechende Werk von Mueller und Walcher über gerichtliche und soziale Medizin durchsieht. Es behandelt, wenn auch nicht sehr ausführlich, das Ärzterecht nebenbei.

Das Buch wendet sich an Studenten und Ärzte, ist aber auch eine außerordentlich brauchbare Übersicht für jeden Juristen. Allerdings wird man bei dem Wunsch, in die einzelnen besprochenen Gebiete sich mehr zu vertiefen, mit den Ausführungen dieses Lehrbuches nicht auskommen. Deshalb ist das Buch dann noch von größerem Wert, wenn man neben seiner systematischen Anordnung ein Handwörterbuch in lexikographischer Anordnung zu Hilfe nimmt, wie es jetzt der Hamburger Ordinarius für gerichtliche Medizin v. Neureitter zusammen mit Pietrusky und Schütt sowie einem großen Stab namhafter Mitarbeiter kürzlich vorgelegt hat[1]).

Mueller und Walcher haben ihr Lehrbuch sehr übersichtlich in zwei voneinander getrennte Teile systematisch gegliedert. Der erste Teil behandelt das Ärzterecht und die soziale Medizin, der zweite Teil die gerichtliche Medizin. Es steht dem unterzeichneten Referenten nicht zu, sich zum zweiten Teil kritisch zu äußern. Um so mehr ist aber zu sagen, daß die übersichtliche Anordnung aller in Frage kommenden Themen dem Juristen einen vorzüglichen Anhalt geben, wenn ihm gerichtsmedizinische Spezialfragen entgegentreten. Außerdem gibt ihm die Durcharbeitung dieses Abschnittes eine Fülle von Anregungen, um bei seinen Arbeiten auf Notwendigkeiten aufmerksam zu werden, den medizinischen Sachverständigen hinzuzuziehen. Eine Anregung zur Ergänzung des behandelten Stoffgebietes darf ich insofern geben, als es meines Erachtens nötig wäre, die gerichtliche Schriftuntersuchung insoweit in dem Lehrbuch mitzubehandeln, als es sich um die medizinisch-psychologische Schriftbeurteilung handelt. Die eigentliche gerichtliche Schriftuntersuchung, also insbesondere die Schriftvergleichung, gehört nicht zu den Aufgaben des Gerichtsarztes. Es ist andererseits davon auszugehen, daß die graphologische Wissenschaft noch nicht zu so zuverlässigen Ergebnissen geführt hat, als daß man sie ohne alle Einschränkung als eine forensische Methode bezeichnen könnte. Immerhin verdankt das Gericht unter Umständen auch diesem wissenschaftlichen Zweig wertvolle Anregungen bei seinen Entscheidungen. Jedenfalls aber ist die psychiatrische Beurteilung der Schrift in bezug auf pathologische Erscheinungen durchaus möglich. Schreibstörungen bei Geisteskranken, charakteristische Altersschriften mit Tremor- und Ataxieerscheinungen und die Einwirkungen von Nervenerkrankungen auf die Schrift sind bereits so ausführlich beobachtet und in der medizinischen Erkenntnis gesichert, daß diese Erfahrungen bei forensischer Beurteilung hinzugezogen werden können. Arzt und Jurist müssen Kenntnis von dieser Disziplin haben. Der Psychotherapeut insbesondere wird ja gerade das

---

[1]) v. Neureitter, Pietrusky, Schütt, Handwörterbuch der gerichtlichen Medizin und naturwissenschaftlichen Kriminalistik. Julius Springer, Berlin 1940.

Bedürfnis haben, auch über die medizinisch-psychologisch gesicherten Ergebnisse der Graphologie unterrichtet zu werden.

Wendet man sich dem ersten, wesentlich juristischen Teil, des Lehrbuches zu, so ergeben sich manche Abschnitte in den Erörterungen, die lebhafte Zustimmung hervorrufen, und andere, die zu kritischen Anmerkungen Anlaß geben. Dabei interessieren auch besonders die gelegentlichen Bewertungen der Verfasser zu der einen oder der anderen Einrichtung im organisatorischen und gesetzgeberischen Aufbau der Gesundheitsverwaltung. Mit Recht heben die Verfasser in diesem Zusammenhang die Unabhängigkeit des Gerichtsarztes als Gutachter hervor und weisen dabei darauf hin, daß er nicht den Justizbehörden, sondern den Gesundheitsämtern untersteht. Wie wichtig diese Unabhängigkeit in der Praxis ist, kann oft genug der Jurist beurteilen. Er wünscht sich nichts sehnlicher als Gutachter, die tatsächlich ohne alle Rücksicht auf etwa an sie herantretende Einflüsse nur ihrem medizinischen Gewissen folgen!

Der Gerichtsarzt ist durch sein Amt in ein öffentliches Verfahren strafrechtlichen oder zivilrechtlichen Inhalts eingeordnet. An ihn können daher innere Konflikte nur selten herantreten. Viel öfter wird der praktische Arzt und auch der Facharzt jeder Disziplin sich mit einem Pflichtenkonflikt auseinanderzusetzen haben. Aufgaben und Pflichten des Arztes der Öffentlichkeit und seinem Patienten gegenüber können allzu leicht in Widerstreit miteinander geraten. Die Verfasser betonen mit besonderem Nachdruck die öffentlichen Verpflichtungen des Arztes und weisen z. B. auf seine Tätigkeit bei Beratungen der NS-Volkswohlfahrt und der Deutschen Arbeitsfront hin. Sie meinen, daß der praktische Arzt hierbei Gelegenheit habe, seine Kenntnis vom Gesundheitszustand einzelner Familien der Gesamtheit dienstbar zu machen und die Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel in die vom gesundheitlichen Standpunkt aus richtigen Wege zu leiten. Er könne bei dieser und ähnlichen Aufgaben „den entsprechenden Parteibehörden einen Wink geben".

Der Jurist und insbesondere der Anwalt fragt sich, ob ein solcher Grundsatz sich mit der Schweigepflicht des Arztes verträgt. Dabei handelt es sich um die im Einzelfall so schwer auszulegende Bestimmung von § 13 Abs. 3 der RÄO. Wann dient die Offenbarung eines einem Arzte anvertrauten Geheimnisses der Erfüllung einer Rechtspflicht, einer sittlichen Pflicht oder sonst einem nach gesundem Volksempfinden berechtigten Zweck? Wie hat der Arzt das Rechtsgut, das in dem Anspruch seines Patienten auf Verschwiegenheit liegt, im Einzelfall abzuwägen gegenüber einem anderem Rechtsgut, das durch eine Verschwiegenheit des Arztes in seinem Bestand bedroht wird? So entscheiden die Verfasser in einem immer wieder vorkommenden Fall sich dahin, daß der Arzt eine Abtreiberin anzeigen darf, auch wenn er dadurch wahrscheinlich eine Patientin gefährdet. Es gefällt dem in juristischen Gedankengängen erzogenen Referenten nicht recht, wenn das besprochene Lehrbuch dem medizinischen Studenten und praktischen Arzt in diesem Gewissenskonflikt den Rat gibt „zunächst noch zu versuchen, eine Übertretung des Berufsgeheimnisses (auch wenn sie an sich nach gesundem Volksempfinden berechtigt wäre) zu vermeiden", und durch „allgemeine Andeutungen" den fragenden Kriminalbeamten auf den rechten Weg zu bringen. Diese halbe Entscheidung erscheint mir nicht richtig zu sein. Entweder muß der Arzt berechtigt sein, in Erkenntnis der höher zu bewertenden Bedürfnisse der Volksgesundheit auf Verfolgung der Abtreibungen seine Patientinnen anzuzeigen, oder aber es muß

dem Arzt nach Standesauffassung und gesetzlicher Vorschrift verboten sein, zu sprechen, weil seine Schweigepflicht ihn bindet. Einen Mittelweg gibt es nicht[1]).

Mir scheint es richtig zu sein, dafür einzutreten, daß die Vorschrift des § 13 Abs. 3 RÄO. einschränkend ausgelegt werden muß. Nur in alleräußersten Notfällen befreit das gesunde Volksempfinden den Arzt von seiner Verschwiegenheitspflicht. Darin stehen Arzt und Anwalt gleich, gerade in der heutigen Zeit, die den Deutschen fast auf jedem Lebensgebiet in die Organisation des gesamten Volkslebens einbezieht, muß jeder, wenn er sich in einer inneren oder äußeren Not befindet, irgendwo einen Platz haben, an dem er sich aussprechen kann, ohne befürchten zu müssen, daß er damit zur Öffentlichkeit spricht.

Damit ist keineswegs einem unangebrachten und übertriebenem Individualismus das Wort gesprochen. Gerade der Arzt scheint mir berufen zu sein, gelegentlich auszusprechen, daß man bei aller Unterordnung des Einzelnen unter die Gesamtheit eben doch nicht vergessen darf, daß die Gesamtheit nur lebt und gesund ist, wenn vorerst der Einzelne lebt und gesund ist. Besonders im heutigen Staat darf man meines Erachtens diese Auffassung vertreten, weil ja der Staat noch nie in der deutschen politischen und Rechtsgeschichte eine solche Fülle von unmittelbarer Macht gegenüber dem Einzelnen gehabt hat. Er wird also keinesfalls in der notwendigen Durchsetzung seiner Aufgaben durch die ärztliche Schweigepflicht gehindert werden können. Das wünschenswerte Gleichgewicht scheint es mir daher zu erfordern, daß man den Begriff der ärztlichen Schweigepflicht, der das Zeugnisverweigerungsrecht entspricht, so weit wie möglich ausdehnt. Es muß meines Erachtens — und dabei wende ich mich insbesondere an die Psychotherapeuten — schon die einfache Tatsache umfassen, daß ein Patient sich bei einem Arzt in Behandlung begeben hat. Dem Arzt würde hiernach bereits verboten sein, überhaupt davon zu sprechen, daß er in irgendeiner medizinischen Hinsicht einen namentlich genannten Menschen behandelt. Z. B. kann man sich gerade in den augenblicklichen Kriegsläuften wohl denken, daß ein Flieger oder irgendein anderer Soldat durch äußersten Einsatz im Gefecht sich eine Neurose zugezogen hat und infolgedessen nicht mehr die Kraft zu einem neuen Einsatz aufbringt. Den Feldgerichten sind solche Fälle bestimmt nicht unbekannt. Wenn bei einem solchen Sachverhalt sich der betreffende Soldat in nervenärztliche oder psychotherapeutische Behandlung begibt, so würde der Arzt seine Verschwiegenheitspflicht schwer verletzen, wenn er irgend jemandem — auch einem Fachgenossen — gegenüber von der Tatsache spricht, daß dieser namentlich genannte oder sonst durch die mitberichteten Umstände erkennbare Soldat in seiner Behandlung ist. Eine Ausnahme würde nur dann zulässig sein, wenn der Arzt mit Einwilligung seines Patienten einen Fachkollegen zu Rate zieht.

Eine klare Ausnahme der nicht ernst genug zu nehmenden Verschwiegenheitspflicht des Arztes ist natürlich immer dann gegeben, wenn das Gesetz selbst ihm eine Rechtspflicht zum Reden auferlegt, wie es z. B. im Opiumgesetz, bei der Behandlung von Geschlechtskrankheiten, im Erbgesundheitsverfahren usw. der Fall ist.

An dieser Stelle sei auf eine recht empfindliche Lücke im Gesetz hingewiesen. Nachdem die ärztliche Schweigepflicht in § 13 RÄO. neugeregelt ist, ist die Bestimmung des bisherigen § 300 StGB. noch blutleerer geworden. Neue Fragen sind durch diese Maßnahme der Gesetzgebung aufgetaucht. Die verschiedenartige Be-

---

[1]) Ausgezeichnete Ausführungen zur ärztlichen Schweigepflicht in Eberhard Schmidt, Der Arzt im Strafrecht. Leipzig 1939.

handlung, z. B. der Anwälte und Geistlichen gemäß § 300 StGB. einerseits und der Ärzte gemäß § 13 RÄO andererseits, führt zu einer uneinheitlichen Praxis. Eine möglichst baldige Wiederherstellung der rechtlichen Stellung dieser Berufe durch eine für sie alle geltende Neufassung des § 300 StGB. ist wünschenswert. Dabei müßte — dies ist eine sehr dringliche Forderung — auch die Schweigepflicht derjenigen Personen geregelt werden, deren Beruf es ist, ohne Ärzte oder Gehilfen von Ärzten zu sein, Menschen gesundheitlich zu behandeln. Dabei ist neben den Heilpraktikern insbesondere an die „behandelnden Psychologen" zu denken. Wenn auch die „Standesordnung der Deutschen Heilpraktikerschaft" vom 12. 10. 1935 eine Schweigepflicht festsetzt, die noch strenger ist als die in § 13 RÄO. dem Arzt auferlegte, so fehlt ihr doch die strafrechtliche Sanktion. Eine Verletzung der Schweigepflicht kann also nur mit berufsgerichtlichen Strafen geahndet werden. Da die behandelnden Psychologen keine Heilpraktiker sind, ist zu fragen, ob für sie eine entsprechende berufsständische Standespflicht, die wenigstens auch standesrechtlich gesichert wäre, besteht. Oft werden gerade sie als Gehilfen des Arztes in erweiternder Auslegung des § 13 RÄO. anzusprechen sein, in der überwiegenden Anzahl der Fälle wird aber eine solche Auslegung nicht möglich sein. Ein Patient, der sich dem Psychotherapeuten ohne allen Rückhalt anvertrauen muß, verlangt aber als Grundlage für dieses sein Vertrauen die Schweigepflicht und das Zeugnisverweigerungsrecht, auch des behandelnden Psychologen. Eine entsprechende gesetzgeberische Maßnahme ist daher eine gebieterische Voraussetzung für den Bestand der Laienpsychotherapie. — Die gleichen hier erörterten Grundsätze sind bei einer Erweiterung der Vorschriften des § 278 StGB. anzuwenden. Hiernach wird nämlich die wider besseres Wissens erfolgte Ausstellung von unrichtigen Zeugnissen über den Gesundheitszustand eines Menschen nur bestraft, wenn eine bestallte medizinische Person das Zeugnis ausgestellt hat.

Mit Vergnügen liest der Jurist die Ausführungen in dem besprochenen Lehrbuch über den Wert der Doktor-Dissertation und die Ansicht der Verfasser, daß es sehr gut sei, wenn der Mediziner in seinem Leben wenigstens einmal gezwungen sei, ein bestimmtes Gebiet wissenschaftlich darzustellen. Dabei soll natürlich nicht verkannt werden, daß der Jurist auch seinerseits in der forensischen Auseinandersetzung mit dem Mediziner darauf zu achten hat, seine ihm anerzogene begrifflich exakte Sprechweise dem Nichtjuristen verständlich bleiben zu lassen.

In den Abschnitten, in denen sich das Lehrbuch mit einzelnen bestimmten Vorschriften und auch mit besonderen juristischen Begriffen, wie z. B. dem Kausalzusammenhang befaßt, ließe sich manche kritische Einzelheit sagen. Jedoch würde eine Auseinandersetzung zu weit führen. Deshalb sei nur auf das Folgende hingewiesen.

Die traumatische Neurose gilt, wie das Lehrbuch meint, nicht als Unfallfolge. In dieser Allgemeinheit ist der Satz nicht richtig und kann zu mancher Fehlentscheidung eines Gutachters führen. Es wäre auf manche Entscheidungen des Reichsgerichts und auch der Oberlandesgerichte hinzuweisen, die einen anderen Standpunkt einnehmen. Dabei ließen sich auch interessante Anmerkungen zur Beurteilung der Kausalität geben [1]).

Die Erörterungen über die doch nicht so ganz einfach zu behandelnden Begriffe des bedingten Vorsatzes (dolus eventualis) und die Anwendbarkeit des § 2 StGB. wegen analoger Anwendung von Strafgesetzen bedürfen größerer Vertiefung.

[1]) Vgl. „Rechtswissenschaft, Ursachenbegriff und Neurosenfrage". Juristische Beiträge zur Angleichung ärztlicher und rechtlicher Auffassungen über die Entschädigungspflicht bei Neurosen. Verlag Georg Thieme, Leipzig 1940.

Die Darstellung des Strafverfahrens wäre durch die Erwähnung der Einstellungsmöglichkeit eines Strafprozesses wegen Geringfügigkeit aus § 153 StPO. zu erweitern. Die Kenntnis dieser Vorschrift ist sicher bei mancher ärztlichen und psychotherapeutischen Beratung wichtig. — Die Bestrafung der falschen Anschuldigung mit ihren gesetzlichen Voraussetzungen erscheint mir erwähnenswert.

Viele weiter in den Kreis der Erörterungen gezogene Einzelfragen des Verfahrens in Straf- und Zivilsachen, bei der freiwilligen Gerichtsbarkeit und anläßlich vormundschaftlicher Auseinandersetzungen wären zu berühren, so z. B. die Begründung von Haftbefehlen, Einzelheiten des Jugendgerichtsgesetzes, der strafgesetzliche Tatbestand der Volltrunkenheit und seine gerichtsärztliche Begutachtung, die Einsetzung eines Pflegers bei Operationsverweigerung, die rechtliche Behandlung der unbefugten Leichenöffnung, die Benutzung eines Geisteskranken als Werkzeug bei einer Straftat, die Wahrheitspflicht im Zivilprozeß, der Sinn des Parteiprozesses und der freiwilligen Gerichtsbarkeit, die Stellung der Anwälte, Einzelheiten aus dem Armenrechtsverfahren und der Gerichtskosten, die Besonderheiten des Statusprozesses, die Beurteilung des Arztvertrages, die Haftpflicht des Arztes, der Eintritt von Haftpflichtversicherungen für vom Arzt herbeigeführte Vermögensschäden, die Grundzüge des neuen Ehegesetzes, die begriffliche — praktisch sehr wichtige Unterscheidung — von Alimentationsprozessen und solchen, die die Feststellung der Vaterschaft zum Gegenstand haben, und manche andere Einzelheiten dieser Art müßten in ihrer juristischen Behandlung vertieft werden, manche Beispiele, wie das eines Betruges und eines Grundstückserwerbs von einem Geisteskranken, wären zu ergänzen und zu berichtigen.

Die Verfasser besprechen die Entmündigung und ihre Voraussetzungen ausführlich. Eine Ergänzung dieser Darlegungen durch eine Erörterung der Voraussetzungen der vorläufigen Entmündigung erscheint mir sehr nötig. Denn an den Arzt, und zwar insbesondere den Facharzt, treten doch in der Praxis oft solche Fälle heran, die ein sofortiges Eingreifen erfordern. Dann soll der Arzt von den zur Verfügung stehenden rechtlichen Möglichkeiten Bescheid wissen. Dazu aber gehört vor allem die vorläufige Entmündigung.

Ebenso vermisse ich eine Darlegung der Gesichtspunkte, nach denen ein Arzt Schmerzensgeldansprüche zu beurteilen hat. Der vorzügliche Anhang zum Abschnitt „Versicherungsmedizin" kann hierbei mancherlei Anhaltspunkte geben, reicht aber für die Sonderfragen, die mit der Gewährung von Schmerzensgeld zusammenhängen, nicht aus.

Wenn der unterzeichnete Referent in der vorstehenden Besprechung so viele Sonderwünsche geäußert hat, so möge man ihm dies nicht verargen. Denn der Zweck einer Buchbesprechung in einer wissenschaftlichen Zeitschrift kann sich ja nicht darin erschöpfen, den Inhalt eines Werkes wiederzugeben, sondern soll doch eine Auseinandersetzung mit den Ansichten der Verfasser versuchen und Anregungen zur weiteren Ausarbeitung geben. Möge man also bei der Lektüre dieser Besprechung keinesfalls den positiven Wert dieses Lehrbuches übersehen!

Der zweite Teil des Buches, gerichtliche Medizin, befaßt sich lediglich mit Fragen der somatischen Medizin, z. B. Erkennung und Beurteilung von Körperverletzungen, Beurteilung der Kindestötung, Identitätsbestimmung. Es ist sehr zu bedauern, daß auf psychiatrische und psychologische Fragen nicht mehr eingegangen wird. Das einzige, was Interesse hat, ist der Absatz „Schutzbehauptungen der Mutter" bei der Beurteilung der Kindestötung. Herbert Ruscheweyh (Hamburg).

Nau, Elisabeth, Psychologische und psychopathologische Betrachtungen über die Beweiskraft von Geständnissen. Aus dem Universitäts-Institut für gerichtliche Medizin in Berlin. Direktor Prof. Dr. Müller-Heß. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1940. Jahrg. 46. H. 19/20.

Verf. will die Aufmerksamkeit darauf lenken, daß im Strafprozeß gegenüber Geständnissen noch größere Skepsis und Vorsicht nötig sind als üblich, da eine fälschlich für wahr genommene Selbst- und Fremdbeschuldigung eine besonders schwer erkennbare Gefahr für die Wahrheitsfindung darstellt. Verf. zeigt die psychischen Faktoren auf, die zu einer Verkennung von Geständnissen führen (Suggestivkraft von Geständnissen und ersten Eindrücken, übermäßiger Ehrgeiz und Betonung der Autorität des Voruntersuchers, voreilige Schlußfolgerungen, ungenügende Geständnisprüfung). Eine sorgfältige psychologische Würdigung aller Aussagen ist neben andern Sicherungen das wesentlichste Mittel gegenüber den hier drohenden Gefahren. Die theoretischen Erörterungen werden durch die ausführliche Darstellung eines eigenartigen Falles anschaulich ergänzt. Hier werden die schwerwiegenden Folgen anfänglicher Irrtümer besonders eindringlich nahegebracht. G. Fuhge (Berlin).

„Rechtswissenschaft, Ursachenbegriff und Neurosenfrage“. Juristische Beiträge zur Angleichung ärztlicher und rechtlicher Auffassungen über die Entschädigungspflicht bei Neurosen unter Mitwirkung von C. Arendts (Münster i. W.), Carl (Düsseldorf), E. Knoll (Berlin), H. Roßbach (Nürnberg) und U. Klug Berlin). Leipzig 1941. Georg Thieme Verlag. Preis: geh. 6,50 RM. Erschienen in „Arbeit und Gesundheit“, Sozialmedizinische Schriftenreihe aus dem Gebiet des Reichsarbeitsministeriums, hrsg. von Professor Dr. Martineck. Heft 39.

Der Herausgeber der sozialmedizinischen Schriftenreihe „Arbeit und Gesundheit“, Ministerialdirigent Professor Dr. Martineck vom Reichsarbeitsministerium, hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Rechtsprechung des Reichsgerichts in Unfallfragen umzustellen. Auf seine Veranlassung ist die Arbeit von Dansauer und Schellworth „Neurosenfrage, Ursachenbegriff und Rechtsprechung“ in der gleichen Schriftenreihe wie die vorliegende Veröffentlichung erschienen. Zweifellos hat sich der Herausgeber dadurch ein großes Verdienst erworben, doch ist es notwendig, darauf hinzuweisen, daß trotz dieser Veröffentlichungen noch nicht die genügende Klarheit entstanden ist. Vor allem ist der Begriff der Neurose nicht deutlich genug herausgearbeitet. Man hilft sich damit zu empfehlen, ihn nicht mehr zu verwenden, wodurch natürlich der Zustand der Unklarheit nicht beseitigt wird.

Die Schrift enthält folgende Aufsätze:

C. Arendts: „Neurosenfrage und Rechtsprechung“. Verf. bringt vor allem die Rechtsprechung bei Fällen von sog. Entschädigungsneurose durch das Reichsversicherungsamt, das Reichsversorgungsgericht, das Reichswirtschaftsgericht und das Reichsgericht. Er stellt den Entschädigungs- (Renten-) Neurotiker als einen Volksschädling hin und verlangt, daß ihm das Handwerk gelegt wird. Er tritt für eine einheitliche Gesamtrechtsprechung ein und wünscht die Errichtung eines Reichsverwaltungsgerichts, das in grundsätzlichen, die ordentliche wie die Verwaltungsgerichtsbarkeit betreffenden Rechtsfragen die Einheit der Gesamtrechtsprechung sicherstellt.

Carl: „Notwendigkeit einer Änderung der Rechtsprechung des Reichsgerichts zur Frage der Entschädigungsneurose.“ Verf. ist der Auffassung, daß die zusammen-

fassende Darstellung von Dansauer und Schellworth nicht mit der „Selbständigkeit“ des juristischen Ursachenbegriffs vom medizinischen oder philosophischen abgetan werden kann. Das Problem und seine erneute tiefgründige Untersuchung lassen eine Besinnung der Rechtsprechung auf dem Gebiet der Entschädigungsneurose notwendig erscheinen. Verf. glaubt folgende Schlußfolgerungen ziehen zu dürfen: 1. Der ursächliche Zusammenhang im Rechtssinne kann auch da gegeben sein, wo die ursächliche Verknüpfung im naturwissenschaftlichen Sinne nicht vorliegt. Eine solche Annahme setzt aber bei der Beurteilung von Unfallfolgen eingehende Auseinandersetzung mit modernen ärztlichen Auffassungen voraus. 2. Davon unabhängig ist zu entscheiden die Frage, ob der Schädiger durch sein zu mißbilligendes Verhalten bei der Abwicklung des Schadens nach dem Abklingen des Unfallerlebnisses auftauchende Begehrungsvorstellungen verstärkt und die krankhafte Entartung solcher Vorstellung schuldhaft mit herbeigeführt hatte. 3. Bei Annahme, aber auch bei Ablehnung des Satzes zu 1 muß die Tatsache, daß die Verknüpfung zwischen Unfall und Entschädigungsbestrebungen erkenntnistheoretisch als rationaler, nicht ursächlicher Art anzusehen sei, neben schon früher geltend gemachten Gesichtspunkten dazu führen, die Pflichten des Verletzten zur Behebung der Unfallfolgen nicht mehr ausschließlich oder auch nur überwiegend nach der Zumutbarkeit einer Leistung des Verletzten im Verhältnis zum Ersatzpflichtigen zu beurteilen.

E. Knoll: „Die Rechtsprechung des Reichsgerichts zur Frage der Rentenneurose“. Verf. wendet sich gegen die Verwendung des Wortes Ursache für alle conditiones, nicht nur für die wirkenden adäquaten Ursachen, sondern auch für gedankliche Voraussetzungen. Die Verwendung dieses Wortes bringt die Gefahr mit sich, daß gedankliche Beziehungen mit wirkender Verursachung verwechselt werden. Sachlich würden die verschiedenen Begriffsbestimmungen des adäquaten Zusammenhangs die Gefahr in sich bergen, daß für die Beurteilung allein das zahlenmäßige Verhältnis und nicht der innere Wert der Beziehungen verwendet wird. Verf. tritt dafür ein, daß das Vorhandensein einer Krankheitsanlage als Ursache eines Nervenleidens rechtlich noch nicht ausschließe, daß auch ein Unfall Ursache desselben Leidens sein könne und ebenso, daß die Feststellung eines inneren Zusammenhangs rechtlich nicht unbedingt den Nachweis von organischen Veränderungen erfordere, wenn seelische Erkrankungen auch ohne solche Erscheinungen vorliegen und diese durch Unfall verursacht sein könnten. Er betont die Wichtigkeit, dem Reichsgericht das wahre Wesen einer Rentenneurose, ihre Entstehung, die Rolle, die der Wille des Bewerbers dabei spielt, usw. klarzumachen.

H. Roßbach: „Rechtliche Betrachtungen zur sog. Unfallneurose“. Verf. stellt dem Begriff des kausal-rationalen Zusammenhang den Begriff des Reichsgerichts vom „äußeren“ und „inneren“ Zusammenhang gegenüber und bedauert, daß das Reichsgericht die Gegensätze noch nicht gleichgesetzt habe.

U. Klug: „Zum Problem der logischen und erkenntnistheoretischen Grundlagen der juristischen Kausalitätslehre“. Verf. glaubt, daß die reichsgerichtliche Rechtsprechung zur Frage der sog. Rentenneurose aus der rein logischen Analyse der Begründungszusammenhänge einer Änderung bedürfe. Einer Diskussion der erkenntnistheoretischen Grundlagen bedürfe es nicht.

Im Schlußwort schreibt der Herausgeber, daß der Gesetzgeber ein Eingreifen erwägen müsse, wenn das Reichsgericht nicht zu einer Überprüfung seiner Rechtspre-

chung und dem daraus folgenden Ergebnis komme, die Rechtsprechung mit den auf dem Gebiete der sog. Unfallneurose gewonnenen Erkenntnissen der ärztlichen Wissenschaft in Einklang zu bringen. Vom behandelnden Arzt fordert er, für die Vorbeugung neurotischer Erscheinungen Sorge zu tragen; seine Vertrauensstellung dem Behandelten gegenüber erleichterten ihm diese Aufgabe, verpflichteten ihn aber auch dazu. Es dürfe nicht übersehen werden, daß die erörterten Schwierigkeiten bei den sog. Unfallneurosen ihren Grund nicht allein in der Rechtsprechung, sondern auch in Fehlern der begutachtenden und behandelnden Ärzte hätten. M. H. Göring (Berlin).

Wilke, Günther, Syringomyelie und Dienstbeschädigung. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1940. Jahrg. 46, H. 24.

Eine völlige Ablehnung der Entschädigung nach Trauma oder ungewohnten Anstrengungen ist nicht möglich, es muß in besonderen Fällen DB. im Sinne einer Verschlimmerung anerkannt werden, dagegen ist eine Entschädigung der ganzen Krankheitsfolgen bei Syringomyelie unberechtigt. G. Fuhge (Berlin).

VIII. Psychologie und Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters einschl. der Erziehungslehre

Günzel-Haubold, Maria, Seelisches Erwachen und geistiges Reifen. Lehr- und Lernbuch der Kinderseelenkunde. J. Klinkhardt, Leipzig 1939. Preis: RM. 2.80.

Eine „kurze schlichte Darstellung der Kinderseelenkunde, so wie sie der Erzieher und die Erzieherin für ihre praktische pädagogische Arbeit brauchen“, so charakterisiert Verf. ihre Schrift, die auf knapp 150 Seiten die wichtigsten Grundpositionen der heutigen Psychologie und Kinderpsychologie klar und knapp darstellt. Die ersten 40 Seiten sind einer Einführung in die Grundbegriffe der Psychologie gewidmet, wesentlich unter dem Gesichtspunkt der deutschen Ganzheitspsychologie Kruegers. Besonders für die Psychotherapeuten, die sich der Kinderberatungen (Erziehungshilfe) widmen wollen, ist das Schriftchen sehr lesenswert: tiefenpsychologische Erkenntnisse werden hier nicht berücksichtigt, aber der Überblick über die — uns ja wesentlich ergänzende — „andere Seite“ ist klar und eindrucksvoll gegeben.
E. Herzog (Berlin).

Hetzer, Hildegard, Psychologische Begutachtung von Grundschülern. Entwicklungstests für 7—9jährige. Leipzig 1939. J. A. Barth. VII u. 70 S. Preis: 5,80 RM.

Im Anschluß an frühere Untersuchungen über Kleinkinder gibt Verf. in dieser Arbeit Anleitung für die Beurteilung von Schulkindern bis zum 9. Lebensjahr. Es werden Tests beschrieben, die die genaue Bestimmung des Entwicklungsstandes des Kindes und die Feststellung der konstitutionellen und individuellen Persönlichkeitsmerkmale ermöglichen.

Neben der quantitativen Messung der entwicklungstypischen Leistungen mit Hilfe der Tests steht die qualitative Bewertung der Persönlichkeitsmerkmale, wie sie bei den einzelnen Tests zur Erscheinung kommen. Die Fragestellung für die Persönlichkeitsdiagnose ergibt sich nicht aus einem Normalschema, sondern aus einem in der Praxis gesammelten Inventar. Verf. geht vom Entwicklungstest aus, weil die Entwicklungsmerkmale einfacher zu bestimmen sind als die Persönlichkeitsstruktur.

Das Kind ist nicht in Spielsituation, es soll in einer Einzelprüfung zeigen, was es kann. Es wird dabei natürlich jede Vorsorge getroffen, daß die Befangenheit des Kindes die Resultate nicht beeinträchtigt. Es werden dem Kinde 12 Aufgaben vorgelegt, durch die Körperbeherrschung, Gemeinschaftsbeziehung, Lernleistung, Art des Umgangs mit Material und denkende Auseinandersetzung mit der Umwelt untersucht werden. Für die Persönlichkeitsdiagnose ergeben sich dabei Auskünfte über die Grundform des Kindes in der Auseinandersetzung mit dem Leben, die Art der Einsatzbereitschaft, die seelische Widerstandsfähigkeit, die Anpassungsfähigkeit, die Lernfähigkeit und die geistige Haltung. Ein sehr lebensnahes, reichhaltiges Inventar gibt hier hilfreiche Fragestellungen.

Ausführliche Beispiele erläutern die Anwendung der Testreihe. Sie zeigen, daß Verf. den größten Wert darauf legt, daß der Prüfer „in jedem Einzelfall seine Aufgabe in produktiver Leistung und unter Heranziehung dessen, was am andern nur der intuitiven Erfassung zugänglich ist, das Gesamtbild der Persönlichkeit zeichnen muß". „Die Entwicklungstestreihen sind nur dort sinnvoll einzusetzen, wo verstanden wird, daß es sich nicht um einen Versuch einer möglichst bequemen mechanischen Erfassung menschlicher Persönlichkeiten handelt, sondern darum, den Weg zu finden, die Persönlichkeit eines Kindes als ein lebendiges Ganzes, das sich jeder rein mechanistischen Bestimmungs- und Erfassungsweise entzieht, zu beschreiben."

Verf. fordert also, daß das formale Erkennen der Relation zum Altersmaßstab ergänzt wird durch die Darstellung erlebter Qualitäten. Sie setzt sich damit scharf ab gegen das Binetverfahren. Carl Pasche (Berlin).

Hetzer, Hildegard, Psychologische Begutachtnng von Kindern aus geschiedenen Ehen. Ztschr. f. angew. Psychol. 1939. Bd. 57. S. 277—302.

Das Interesse des Kindes soll entscheiden, welchem Elternteil es zugesprochen wird (Kommentar § 1635 BGB.); hierbei darf die subjektive Einstellung des Kindes nicht vernachlässigt werden; seine Selbständigkeit muß einen gewissen Grad erreicht haben, ehe es dem mütterlichen Lebensraum entnommen werden kann, wobei nicht schematisch nach dem Lebensalter entschieden werden darf. Ein fachpsychologisches Gutachten kann in allen schwierigen Fällen nicht entbehrt werden.

J. H. Schultz (Berlin).

v. Staabs, Gerhild, Gesundheitsstörnngen durch Erziehungsfehler. Ärztin. Jahrg. 17. 1941. H. 1.

Unkenntnis der körperlichen und seelischen Bedürfnisse des Kindes führen oft zu Maßnahmen, die nicht nur charakterliche Fehlentwicklung und seelische Störungen zur Folge haben, sondern auch körperliche Schäden. Vor allem geschieht das leicht bei der Erziehung zur Unterwerfung der vegetativen Funktionen (Schlaf, Nahrungsaufnahme, Miktion und Defäkation) unter den Willen. Die besondere Ansprechbarkeit des kindlichen vegetativen Nervensystems ermöglicht dabei nicht nur die notwendigen bedingten Reflexe, sondern gar zu leicht entstehen dabei „Ethismen", Gewohnheitsneurosen, die bei längerem Bestehen körperliche krankhafte Veränderungen zur Folge haben können. Dies wird an vielen Beispielen aus dem täglichen Leben und der Praxis anschaulich erläutert. Gleichzeitig wird im Sinne der Ganzheitsauffassung der Zusammenhang solcher körperlicher Entwicklungen mit Störungen des Selbstgefühls und des Vertrauens betont. G. Fuhge (Berlin).

Villinger, W., Bericht über die 1. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie nnd Heilpädagogik in Wien am 5. 9. 1940. Verlag Julius Springer, Berlin. 1941. Brosch. 26,— RM.

Es ist das große Verdienst von Professor Schröder, daß er die alte heilpädagogische Gesellschaft wieder ins Leben gerufen hat. Die auf der 1. Tagung dieser Gesellschaft gehaltenen Begrüßungsansprachen vom Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes, von der Wiener Schulverwaltung und von der Deutschen Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfe beweisen, wie sehr das Wiederaufleben der Gesellschaft begrüßt wird. Die Tagung gehörte mit zu der Wiener kinderkundlichen Woche und war eingeschaltet zwischen die Kongresse für Kinderheilkunde und Psychotherapie. In seinem einführenden Vortrag betonte Schröder, wie wichtig das Zusammenarbeiten zwischen den Psychiatern und den Pädagogen ist. Schröder hält es für einen folgenschweren Fehlgriff, daß lange Zeit die Gesamtheit der schwierigen, außerdurchschnittlichen Kinder als Psychopathen im Sinne von bemitleidenswerten bzw. gefährlichen Kranken oder Halbkranken betrachtet wurde. Er will diese in den Besonderheiten ihres Seelengefüges verstehen und erkennen, richtig bewerten und leiten, zielbewußt erziehen und eingliedern, was nur auf Grund sorgfältiger charakterkundlicher Differenzierung aller einzelnen möglich sei. Damit begibt sich Schröder auch auf das Gebiet der Tiefenpsychologie und Psychotherapie. Es wäre also von den Kinderpsychiatern und Heilpädagogen die entsprechende Vorbildung zu verlangen.

Dies muß unterstrichen werden, wenn man an den Vortrag von Tornow „Völkische Sonderpädagogik und Kinderpsychiatrie“ denkt. Mit Recht betont dieser die umfassende Schau, die zugleich eine völkische und nationalsozialistisch-politische ist. Es fehlt ihm aber das Verständnis für Psychologie und vor allem für Tiefenpsychologie. T. begrüßt die Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik (wofür er den Ausdruck „Sonderpädagogik“ setzt), da damit zum erstenmal auf weiter Basis eine Zusammenfassung aller derjenigen erfolgt, die bisher aus völkischer Verantwortung und reinem Idealismus heraus, oft verkannt in ihren Bestrebungen, diese schwere Arbeit ohne die erforderliche Wirkung und Resonanz geleistet haben.

Von besonderer Bedeutung war der Vortrag von Villinger „Erziehung und Erziehbarkeit“. Zunächst weist er auf die Unerziehbarkeit und Entwicklungsverzögerung hin, wie sie aus endogener Ursache hervortreten. Dann kommt er auf die Schwererziehbarkeit zu sprechen, die vorwiegend irgendwelchen seelischen Umwelteinwirkungen zuzuschreiben ist. Er weist darauf hin, daß durch die autoritäre Staats- und Jugendführung die vorwiegend umweltbedingten Formen der Gemeinschaftswidrigkeit stark zurückgetreten sind; es gäbe aber noch genügend Fehlentwicklungen und Neurosen im Sinne von J. H. Schultz, d. h. Fehlhaltungen junger Menschen zum Leben um sich und in sich, die sich vermeiden lassen müßten. Er will die schwererziehbaren Jugendlichen, bei denen sich die gemeinschaftsbildende Kraft des echten Schuldgefühls, des wirklichen Reueerlebnisses als nicht oder nicht mehr vorhanden erwies, aussondern und von den praktisch Erziehbaren und prognotisch Günstigen trennen. Er schließt mit dem Wort Luxenburgers, wonach Vererbung nicht Schicksal, sondern nur drohendes Schicksal ist.

Isemann, der bekannte Pädagoge und Arzt, sprach über „Psychopathie und Verwahrlosung“. Er ist der Ansicht, daß weder Triebanlage noch Charakterdispositionen für die definitive Gestaltung der Persönlichkeit ausschlaggebend sein müssen, wenn auch die aktivierende Rolle, die ihnen zukommt, nicht übersehen werden darf. Mindestens ebenso wesentlich ist Form und Inhalt der Erziehungseinflüsse und der Grad

ihrer Wirksamkeit. Isemann legt dem Moment der inneren Unruhe und ratlosen Umschau eines Zöglings besondere Bedeutung bei. Es sind Augenblicke, in denen der Mensch aufgeschlossen und bereit ist, andere seelische Werte zu übernehmen. In diesem Vorgang sind zu unterscheiden die Erschütterung, die Wendung und die Bindung. Just berichtete über seine Erfahrungen über die „Gemeinsamen Probleme von Erbbiologie und Kinderforschung". Mit sehr anschaulichen graphischen Darstellungen illustrierte er seinen Vortrag. Er wies darauf hin, daß eine Berufswahl in der Form stattzufinden hat, die dem Leistungsgefühl und dem Leistungswillen, der Begabung und der Konstitution entspricht. Er glaubt, daß eine durch berufliche Fehlschläge ausgelöste jugendliche Kriminalität sich im allgemeinen durch Umschulung auf einen der Veranlagung adäquaten Beruf beheben läßt.

Sehr interessant waren die Ausführungen von Spieler über „Freiwillige Schweiger und sprachscheue Kinder". Mit Recht unterstreicht er, daß freiwillige Schweiger keine Sprachgebrechliche, sondern Charakterabwegige sind. Schweigen ist eine geheimnisvolle Macht, die zu allen Zeiten und bei allen Völkern von zutiefst ergriffenen Menschen geübt wurde. Der Mensch kann sich durch das Schweigen mit einer Maske umgeben, hinter der häufig ein scharf spähendes Auge lauert.

Organisatorische Fragen behandelten die Vorträge von Hecker, Repond, Schmitz und Lesch. Zwanziger sprach über Gehörgestörte, Bechthold über Blinde.

An der Aussprache beteiligte sich vor allem Hamburger, der über die Empfindsamkeit des Kindes sprach. Es handelt sich oft, wenn auch keineswegs immer, um recht wertvolle Charaktere. Er ist der Ansicht, daß in den Lehrerbildungsanstalten oft ganz primitive pädagogische Grundsätze im Unterricht vernachlässigt werden. Es ist seine Meinung, daß bei der Prognosestellung über den Charakter der Kinder und über ihre voraussichtliche Leistungsfähigkeit und Wertigkeit sehr vorsichtig vorgegangen werden soll. Optimismus hat nicht nur therapeutischen, sondern auch diagnostischen Wert.

M. H. Göring (Berlin).

X. Biologie und Tierpsychologie

Schade, Heinz, Über die Maskulinisierung des Weibchens von Xiphophorus Helleri durch Injektion von männlichem Urin. Med. Klin. 36 (1939), 10.

Hält die von Binet und Luxembourg durchgeführten Versuche über eine geschlechtsumstimmende Wirkung der im Urin vorhandenen Hormonstoffe nicht für beweisend. Schade hat bei Xiphophorusweibchen spontane ohne äußeren Eingriff vor sich gehende echte und vollständige Geschlechtsumwandlung beobachtet. Für Experimente in der genannten Richtung empfiehlt er lebendgebärende Zahnkarpfen verschiedener Gattungen, bei denen spontane Geschlechtsumwandlungen bisher nicht beobachtet worden sind.

G. Fuhge (Berlin).

NAMENREGISTER

BAND 13

T

U

V

W

Y

Z

SACHREGISTER

BAND 13

B

H

I

K

L

M

N

O

P

T

U

W

Z

Verantwortlicher Schriftleiter: Dr. Rudolf Bilz, Berlin. — Für den Anzeigenteil verantwortlich: Arnold Plohmann, Leipzig. — Verlag: S. Hirzel, Leipzig C 1, Königstr. 2. — Druck: A. Heine GmbH., Gräfenhainichen. — „I. v. W. g." —
Zur Zeit gilt Anzeigenpreisliste 1. — Printed in Germany.